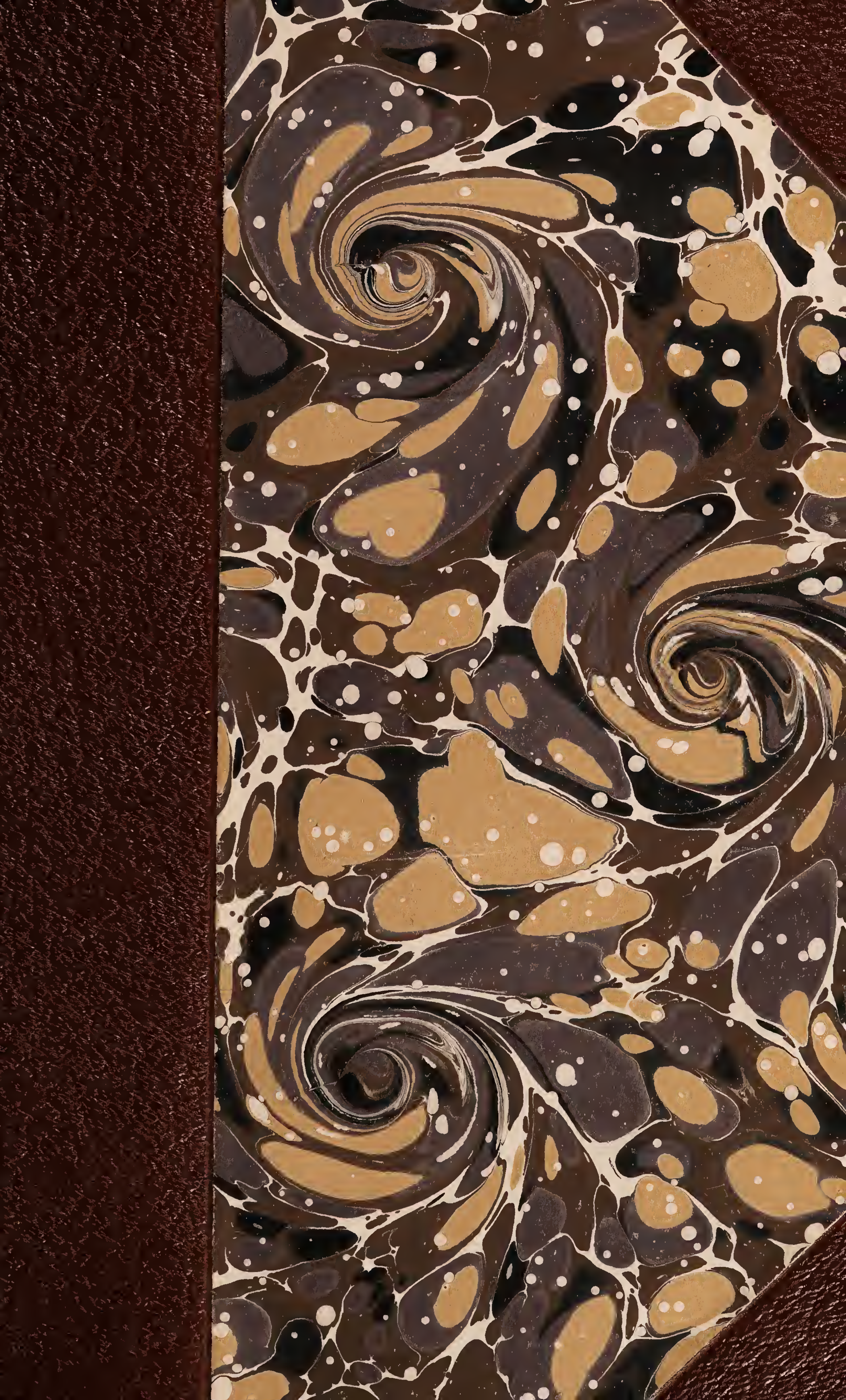


MÉLANGES

DE

CHIRURGIE ÉTRANGÈRE.

TOME I.er

Ouvrages qui se trouvent chez le même Libraire.

Mémoires sur la méthode d'extraire la pierre de la vessie urinaire par la voie de l'intestin rectum, par Vaccà-Berlinguieri, prof. à l'Université I. et R. de Pise; traduit de l'italien par J.-C. Morin, D. C. P., ex-chirurgien de l'hôpital de Genève, membre de la Société médico-chirurgicale, etc.; in-8. 2 fr. 50 c.

Principes d'Hygiène, extraits du code de santé et de longue vie, de sir John Sinclair, Bart., par L. Odier, Docteur et Professeur en médecine, de l'Académie de Genève, etc., 2.e édition, revue, corrigée et augmentée, in-8. 7 fr. 50 c.

Mémoire sur l'Hydrocéphale ou céphalite interne hydrencéphalique, par J.-F. Coindet, D. Méd. en chef des hospices civil et militaire de Genève, in-8. 5. fr.

Recherches (nouvelles) sur les maladies de l'esprit, précédées de considérations sur les difficultés de l'art de guérir, par M. Matthey, D.r M. de Genève, in-8. 5 fr.

De la Saignée et de son usage dans la plupart des maladies, par G. Vieusseux, Doct. médecin, 1 vol. in-8. 5 fr.

Instruction à l'usage des sages-femmes, in-12. 50 c.

Instructions pour traiter sans attelles les fractures des extrémités, principalement celles qui sont compliquées, et celles du col du fémur, d'après la méthode inventée par M. Sauter, avec la description de nouveaux instrumens pour la ligature des polypes, trad. de l'all. par le Doct. Mayor, in-8, fig. 3 fr. 50 c.

Instruction sur les moyens de purifier l'air, et d'arrêter les progrès de la contagion, à l'aide des fumigations de gaz nitrique, par L. Odier, Doct. et prof. en méd., in-8. 50 c.

Manuel de médecine pratique, avec une petite pharmacopée, par L. Odier, prof. en méd. in-8, 3.e édit. 5 fr.

Mémoire sur l'Angine de poitrine, qui a remporté le prix au concours ouvert sur ce sujet par la Société de médecine à Paris, par L. Jurine, in-8. 5 fr.

Mémoire sur le Croup, ou angine trachéale, qui a eu la première mention honorable au concours ouvert sur cette maladie, par G. Vieusseux, Doct. Méd., in-8. 4. f.

Mémoires physiologiques et pratiques sur l'Anévrisme et la ligature des Artères, par J. P. Maunoir, in-8, fig. 1 fr. 80 c.

Mémoires sur l'organisation de l'Iris et de la Pupile artificielle, par J. P. Maunoir, in-8, fig. 1 fr. 80 c.

Observations sur la fièvre des prisons, sur les moyens de la prévenir, en arrêtant les progrès de la contagion, à l'aide des fumigations de gaz nitrique, et sur l'utilité de ces fumigations pour la destruction des odeurs et des miasmes contagieux, etc., traduit de l'ang. du doct. James Carmichaël-Smith, par L. Odier, doct. et prof. en méd., in-8. 2 fr. 50 c.

Traité pratique de la maladie vénérienne ou syphilitique, avec des remarques et observations, par J. P. Terras, doct. en chirurgie, vol. in-8. 6. fr. 50 c.

A GENÈVE, DE L'IMP. DE J.-J. PASCHOUD.

MÉLANGES

DE

CHIRURGIE ÉTRANGÈRE,

PAR UNE SOCIÉTÉ DE CHIRURGIENS DE GENÈVE,

COMPOSÉE

DE MM. J.P. MAUNOIR, C.T. MAUNOIR, Professeurs; F. MAYOR, C. G. PESCHIER, J. C. MORIN, J. P. DUPIN, F. OLIVET, Docteurs en Chirurgie.

GENÈVE,

CHEZ J.-J. PASCHOUD, IMPRIMEUR-LIBRAIRE;

et à PARIS,

Rue de Seine, N.° 48.

1824.




WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

PRÉFACE.

S'il est vrai que les sciences médicales soient au nombre de celles qui ont le plus d'influence sur le bien-être de l'humanité, elles ont dû faire promptement sentir le besoin des communications aux hommes qui se sont consacrés à leur étude. En effet, elles exigent des connaissances aussi vastes que variées, chez celui qui doit les appliquer, pour qu'il puisse le faire avec un véritable avantage. L'art de guérir, presqu'entièrement basé sur l'observation, marche par cela même sans interruption vers le perfectionnement, et demande de celui qui l'exerce des efforts continuels, pour s'approprier ce que savent, et ce que font les autres, et pour puiser, dans les ressources de son ima-

gination, des moyens adaptés aux circonstances infiniment variées qui se présentent à lui.

Ce besoin de communication vivement senti par les hommes voués à cet art, quelque fût le pays qui les avait vu naître, quelque fût leur langage, n'a pas tardé à exciter leur émulation, et à l'envi ils ont redoublé d'efforts, ou pour établir un langage commun, ou pour reproduire, dans toutes les langues, les travaux qui leur ont paru propres à faire avancer la science.

Il est devenu presque impossible d'employer une langue commune à tous, et qui leur soit assez familière pour exprimer des idées infiniment variées, dont les moindres nuances doivent être rendues, depuis que l'étude du latin n'est plus aussi générale, et qu'elle n'est plus, chez toutes les nations, une partie nécessaire de la première éducation. Celui qui veut rendre, par écrit, une pensée nouvelle a besoin du langage qui lui est le plus habituel, de celui dans lequel sa pensée a,

pour ainsi dire, pris naissance ; il faut qu'il puisse s'aider de comparaisons qui tiennent à ses habitudes journalières. Le lecteur doit, à son tour, retrouver des expressions qui lui soient connues, qui aient toutes un sens précis et déterminé, et qui lui rappellent des idées familières, par lesquelles il arrive sûrement à une appréciation exacte des nouvelles propositions qu'on lui présente. Toutes les fois qu'on n'a pas satisfait à ces deux conditions, il en est résulté des erreurs et des discussions, quelquefois ridiculement envenimées par l'amour-propre, sur le sens qu'on devait donner à tel ou tel passage obscur d'un auteur, auquel on finit ordinairement par faire dire tout autre chose que ce qu'il avait dans la pensée.

On a donc été forcé d'abandonner une langue qui n'avait plus assez de lecteurs ; chacun a écrit dans la sienne propre, se contentant d'être utile à ceux qui la parlent, et ce n'a plus été que les hommes doués d'une plus grande facilité, ou de plus de persévérance,

qui ont pu s'approprier les découvertes des génies éminens des différentes nations, en se rendant familières les langues les plus généralement répandues.

D'un autre côté, les ouvrages périodiques ont donné l'analyse des travaux des auteurs étrangers; mais ces extraits sont trop peu développés, pour pouvoir satisfaire ceux qui voudraient approfondir un sujet, ou en tirer quelque direction pratique; ce ne sont, à proprement parler, que des annonces, qui ne peuvent servir qu'à ceux qui lisent la langue des auteurs qu'on leur indique. D'ailleurs l'esprit de spéculation a tellement multiplié ce genre de productions, où tout est naturellement divisé, et morcelé, qu'aujourd'hui, celui qui voudrait étudier un point quelconque de l'art, et qui désirerait connaître tout ce qui a été dit avant lui, devrait chercher dans une bibliothèque entière les matériaux dispersés qu'il a besoin de réunir. Les auteurs des journaux ont eu à exploiter un champ trop vaste, trop riche, et qui produit d'une manière trop iné-

gale, pour qu'ils pussent présenter, dans un espace toujours circonscrit, tout ce qui est véritablement bon, sans être obligés de laisser quelquefois paraître des pages qui eussent été mieux occupées, s'ils n'eussent pas dû les publier à des époques fixées d'avance.

Le sentiment du vide qui restait au milieu de tant de richesses, et que nous éprouvions depuis longtemps, nous a déterminé à faire une tentative pour le combler, en profitant des circonstances heureuses qui nous environnent. Placés au centre de l'Europe, dans une ville où les voyageurs de toutes les nations abondent, nous avons pu établir des relations dans tous les pays, et nous tenir ainsi au courant des découvertes qui s'y font remarquer. Profitant de cet avantage, nous essayons de faire passer dans la langue française les ouvrages les plus remarquables, qui se publient en Anglais, en Allemand, en Italien, etc. etc., et pour ne pas entreprendre une tâche trop grande, tous livrés à la pratique de la chirurgie, nous n'avons en vue que les ouvrages qui

sont relatifs à cette branche de l'art de guérir. Si nous ne nous sommes pas abusés sur l'utilité du travail que nous livrons au public, il sera facile d'enter sur ce premier tronc des branches susceptibles de porter d'autres fruits.

Nous voulons surtout traduire ces mémoires, dans lesquels un auteur développe une idée fondamentale et nouvelle, plutôt que des ouvrages de longue haleine qui reprennent la science dans son ensemble, et répètent nécessairement une multitude de choses déjà connues, à moins qu'un ordre nouveau, quelques vues piquantes et utiles ne nous paraissent mériter l'attention des lecteurs; encore pourrons-nous quelquefois en extraire des chapitres, et laisser de côté ce qui ne nous paraîtrait pas neuf. Pour conserver plus de liberté dans nos choix, nous ne nous engageons point à publier un certain nombre de volumes dans un temps déterminé, nous serons uniquement dirigés par l'abondance des matériaux, et à mesure que nous en aurons formé un, il paraîtra sous le même titre général

que celui-ci, ensorte que l'ensemble deviendra une espèce de dépôt de la chirurgie étrangère, à l'usage de tous ceux qui lisent le français.

A peine avions-nous arrêté le plan de notre travail, qu'il fut communiqué à un grand nombre d'auteurs praticiens, qui ont répondu en nous envoyant leurs productions, et des encouragemens au-delà de ce que nous eussions osé espérer.

Dans ce premier volume, nous avons cru devoir faire entrer des mémoires, ou des observations prises dans les trois langues les plus répandues, nous avons réunis des faits qui, quoique publiés à des époques différentes, se liaient par la nature du sujet; nous avons encore employé des productions d'hommes déjà connus, afin d'étudier ainsi, nous-mêmes, la marche de notre travail, et d'y introduire les modifications que nous jugerons utiles.

L'on trouvera donc ici, traduit de l'Italien, un mémoire qui nous a été fourni par le Prof. de Pavie, sur la grossesse accompagnée d'as-

cite, dans lequel ce père de la Chirurgie italienne trace la marche que l'on doit suivre dans cette complication de la grossesse. Un mémoire du professeur VACCA sur l'œsophagotomie, dans lequel il fait connaître un nouvel instrument qu'il a inventé pour pratiquer cette opération, et où il démontre qu'elle peut être exécutée dans un grand nombre de cas, où jusqu'à présent on n'osait pas recourir à ce moyen de salut. Nous avons encore traduit deux morceaux sur les usages du sac lacrymal. Dans le premier, le professeur TRASMONDI fait connaître deux filets nerveux, qui se distribuent au muscle qui est appliqué sur ce réservoir; dans le second, le professeur GERI examine les fonctions de ces organes, et l'un et l'autre en tirent des inductions pratiques pour le traitement des maladies de ces parties. Enfin nous avons réuni à ce volume un mémoire, que le professeur GIORGI vient de nous envoyer, sur un nouveau procédé, avec la description d'un instrument de son invention, pour pratiquer l'extraction de la

cataracte et la pupille artificielle. Nous pensons donner dans un des volumes suivans quelques notes sur ce sujet.

Pour l'Anglais, nous avons puisé dans la mine si féconde des Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres, des considérations sur les produits de l'inflammation, par DAWLER ; l'histoire d'un lipome considérable, extirpé par Astley COOPER ; quelques faits sur la piqûre des nerfs, par MM. DENMARK et WARDROP ; ce dernier a ajouté au récit des faits, des développemens pratiques sur les cas qu'il considère comme susceptibles de guérison par la section du tronc nerveux, et sur ceux qu'il croit exiger l'amputation de la partie ; un mémoire du docteur HUTCHINSON sur le traitement du goître par le séton, avec l'histoire de quelques malades pour lesquels ce moyen a été mis en usage ; plusieurs mémoires de MM. THOMAS, Astley COOPER, TRAVERS, BIRT, etc., sur la dilatation de l'urètre chez la femme et même chez l'homme, avec l'histoire

d'un assez grand nombre de faits, qui semblent prouver que chez la femme il est possible d'extraire, par ce moyen, des calculs très-volumineux, sans laisser d'incontinence d'urine, et que chez l'homme on peut, par le même moyen, retirer des calculs d'un petit volume ; deux mémoires accompagnés d'observations, sur l'emploi du séton dans le traitement des fractures non-consolidées, des D.rs WARDROP et EARLE ; enfin, un ouvrage assez étendu sur les maladies de la glande lacrymale, par le docteur TOOD.

Le docteur SAUTER nous a fourni un mémoire très-étendu sur l'extirpation de la matrice ; il a repris dans son travail l'examen de tout ce qui a été fait sur ce sujet, et rapporte, dans de grands détails, l'histoire d'une opération qu'il a pratiquée avec succès ; son ouvrage, qui est une véritable monographie, occupe une partie notable de ce volume, aussi à lui seul il forme la part de l'Allemand.

Nous avons ajouté quelques considérations ou quelques faits pratiques à plusieurs de ces mémoires.

Nous nous proposons de réunir, dans notre second volume, les matériaux que nous possédons, et ceux que nous attendons sur une question intéressante, qui occupe en ce moment le monde chirurgical, nous voulons parler du mode de ligature des artères préférable pour la guérison des anévrismes. On est encore loin d'être d'accord sur ce point; le raisonnement et l'expérience sont tour-à-tour invoqués en faveur de préceptes tout à fait opposés; il nous paraît donc précieux de réunir en un corps unique ce qui est écrit sur ce sujet; nous espérons par là contribuer à éclaircir la discussion, et à éloigner les divagations; nous poserons ainsi les bases d'un monument élevé à l'histoire de l'art, où ceux qui nous suivront trouveront les raisons qui auront contribué à fixer les principes posés par les maîtres qui entrent dans la lice.

Genève, 10 Mars 1824.

J. C. M. D. C.

En témoignage de gratitude pour l'obligeance avec laquelle plusieurs auteurs se sont empressés à encourager notre entreprise, nous joignons ici, et nous joindrons dorénavant, la liste des ouvrages que nous avons reçus d'eux, et qui forment une portion de notre fond de travail.

De Sir *Everard* HOME. Sur les rétrécissemens, 3 *vol.*

— *Thomas* CHEVALIER. Introduction à un Cours d'opération, *broch.*

Eloge de J. Hunter, *broch.*

— *Benj.* HUTCHINSON. Sur le tic douloureux, 1 *vol.*

— *Powel* BLAKETT. Description d'un tire-balle.

— *Edward* BARLOW. Divers Mémoires.

Sur l'efficacité des eaux de Bath. 1 *vol.*

— *James* CARRICK MOORE. Histoire de la vaccination, 1 *vol.*

Histoire de la petite vérole, 1 *vol.*

Lettres sur l'eau d'Husson, *broch.*

— *Henri* FIELD. Mémoire sur les maladies des enfans, *broch.*

Mémoire sur la pharmacie centrale de Londres, *broch.*

Sur le jardin botanique de Chelsea, 1 *vol.*

Sir *Henri* EARLE. Mémoire sur les effets d'une irritation locale pour la production des maladies ressemblant au cancer.

Sur le cancer des ramoneurs.

— *James* WARDROP. Mémoire sur le fongus hœmatode.

Du Prof. BECK. Traité des maladies des yeux, 1 *vol.*

— RITGEN. Indications que présentent la grossesse et l'accouchement, 1 *vol.*

Moyens chirurgicaux à employer dans les accouchemens, 1. *vol.*

— ROBBI. Traduction avec notes du Traité sur les maladies produites par le mercure, d'*André* MATTHIAS, 1 *vol.*

Traduction avec notes du Traité sur les

maladies de l'oreille, de *J. V. Curtis*, 1 *vol.*

— *Hesselbach.* Mémoire sur la manière la plus sûre d'opérer la hernie inguinale, *broch.*

Du Prof. *Geri.* Thérapeutique opératoire, 1.er *vol.*

— *Giorgi.* Mémoire sur un vaste anévrisme. *broch.*

Lettre à Vacca sur deux opérations de lithotomie, *broch.*

Du Doct. *Regnoli.* Mémoire sur une opération de trachéotomie, *broch.*

Mémoire sur l'extirpation d'une épulis cancéreuse, avec ostéo-sarcome, *broch.*

Mémoire sur l'inefficacité de l'iode, dans les maladies scrophuleuses, *broch.*

Mémoire sur la transpiration pulmonaire, *broch.*

Tous ces ouvrages ont été envoyés, francs

de port, *à M. Ch. G. Peschier, D. C. Sécretaire de la Société de Traduction, pour la Correspondance.*

SUR LA GROSSESSE
ACCOMPAGNÉE D'ASCITE.

MÉMOIRE

Du Chevalier Antoine SCARPA,

Professeur émérite, et Directeur de la Faculté de Médecine de l'Université I. et R. de Pavie.

Inséré dans le premier volume des Mémoires scientifiques et littéraires de l'Athénée de Trévise.

TRADUIT

Par Charles-G. PESCHIER, Docteur Chirurgien.

MÉMOIRE

SUR LA GROSSESSE,

ACCOMPAGNÉE D'ASCITE.

Un des plus graves accidens qui s'associe quelquefois à la grossesse dans son principe, ou vers son milieu, c'est une accumulation extraordinairement abondante de sérosité dans la cavité même de l'utérus, ou au dehors de cet organe, dans l'abdomen, ou dans l'une et l'autre de ces cavités, c'est-à-dire, en même temps au dedans et au dehors de l'utérus. Dans ces deux cas, la distension de l'abdomen devient énorme dans le cours d'un petit nombre de mois, après la conception; et indépendamment de l'incommodité notable produite par le gonflement excessif des extrémités inférieures, il en résulte une pression exercée sur les viscéres abdominaux par l'utérus ou hydropique, ou accompagné d'ascite, qui

les repousse en arrière et en haut, vers le diaphragme; le resserrement de la cavité du thorax et l'oppression des organes de la respiration font éprouver alors à la femme, vers la fin de la grossesse, des douleurs mortelles, et produisent une suffocation imminente.

Quand l'accumulation morbide de sérosité a lieu uniquement dans la cavité de l'utérus en état de gestation, la maladie n'est proprement qu'un accroissement extraordinaire de l'humeur naturellement sécrétée par l'amnios, dont les tristes conséquences sont souvent éloignées par la nature seule, qui provoque un accouchement prématuré. Mais quand l'épanchement séreux a lieu au-dehors de l'utérus fécondé, de la même manière que se forme l'hydropisie aiguë de l'abdomen, la complication est beaucoup plus grave que dans le premier cas, et elle réclame constamment les secours de la chirurgie. C'est ce que prouve clairement le fait suivant.

Jeanne Beccali, âgée de 30 ans, bien conformée, robuste, mère de quatre enfans sains, eut en décembre 1806 les premiers signes de la conception. Depuis cette époque, elle éprouva une douleur obtuse, constante, dans toute la circonférence du ventre, et sur-

tout aux lombes, pour laquelle elle se fit faire trois saignées. Par l'impéritie, ou la négligence du chirurgien, la saignée fut exorbitante et portée jusqu'à la défaillance. Néanmoins, les douleurs gravatives persistèrent dans toute la partie abdominale et aux lombes, et il s'y associa une faiblesse et une inertie insolites des extrémités inférieures, avec une sensation continue de froid aux pieds. Bientôt parut l'édème, qui successivement monta depuis les pieds aux jambes, aux cuisses, au bassin et aux lombes. Aux vomissemens et aux nausées, compagnes ordinaires de la grossesse, se joignit une soif presque inextinguible. Les urines devinrent rares et rougeâtres; le ventre acquit du volume avec une rapidité extraordinaire, au point que dans le cinquième mois, depuis la conception, la femme Beccali semblait être au terme de sa grossesse. A cette époque même, la soif et les urines briquetées se montrèrent comme au commencement; les remèdes évacuans et diurétiques internes avaient été inutiles (1).

---

(1) Baraillon, *Mém. de la Soc. R. de Méd.* 1784. 1785. « Lorsque l'ascite est occasionée par la grossesse, » celle-ci est ordinairement très-fâcheuse dès les pre-

Dans les premiers jours du sixième mois, le gonflement des extrémités inférieures, et la distention du ventre dépassaient tellement l'état ordinaire dans la grossesse, que la malheureuse femme fatiguée par la difficulté de respirer, la fréquence des défaillances, l'impossibilité de rester couchée, l'inappétence, l'insomnie presque perpétuelle, et présentant une face tuméfiée et livide, se crut au terme de sa vie.

Elle était dans ce misérable état et presque agonisante quand je la visitai pour la première fois. La peau de son ventre était livide, amincie, l'ombilic proéminent ; les hypocondres étaient singulièrement élevés et tuméfiés ; les extrémités inférieures gonflées avec menace de crever de place en place. Quoique la femme n'eût jusqu'à ce moment aperçu aucun mou-

---

» miers mois. Les vomissemens, et l'inappétence ou-
» vrent la scène, la foiblesse survient de même que
» l'altération, et alors on boit beaucoup pour la satis-
» faire. Les urines ne coulent qu'en petite quantité; les
» jambes s'engorgent; le ventre s'élève; la fluctuation
» se fait sentir, et il est rare que la mère sente son
» enfant avant le sixième mois ou le septième, qu'elle le
» porte à terme, et plus rare encore que l'enfant vienne
» vivant, et bien constitué. »

vement produit par le fétus, néanmoins, l'élévation du col de l'utérus, l'intumescence des lèvres de l'orifice de ce viscère, que je reconnus par l'exploration, jointes aux signes antécédens de la conception, ne me laissèrent aucun doute sur la grossesse. D'un autre côté, la percussion de l'abdomen volumineux ne permettait pas d'hésiter sur un épanchement de sérosité dans la cavité du ventre. Cependant, le choc des eaux produit par la percussion n'était pas égal partout; il était faible et obscur à l'hypogastre, et dans les côtés, manifeste aux hypocondres supérieurs, fort et vibré, à fleur de peau, pour ainsi dire, à l'hypocondre gauche, près du bord des cartilages des fausses côtes.

La présence indubitable des eaux répandues dans le ventre, compliquée ou non de l'hydropisie proprement dite de l'utérus fécondé, et par-dessus tout, le péril imminent de suffocation où se voyait exposée la malade, me déterminèrent à pratiquer, sans délai, la paracentèse de l'abdomen, par préférence à la ponction de l'utérus, parce qu'il n'était pas constant, d'autre part, que l'utérus fût hydropique. Et, comme c'était à l'hypocondre gauche, près du bord des fausses côtes, qu'on sentait plus manifestement qu'ail-

leurs la fluctuation et le choc des eaux, ce fut dans ce lieu, quoique inusité pour cette opération, que je me proposai de percer l'abdomen, avec la pleine confiance de pouvoir de cette manière évacuer les eaux répandues dans la cavité du ventre, sans porter la plus petite offense ni au corps de l'utérus, ni à aucun des viscères qui l'entourent : c'est ce qui arriva heureusement (1), car le trocar ayant été introduit entre le côté externe et supérieur du muscle droit, et le bord des fausses côtes de l'hypocondre gauche, l'eau limpide et inodore sortit en jet continu, jusqu'à la quantité de vingt-cinq à trente

(1) Pourquoi, lorsqu'on a la crainte de piquer ou de percer quelque organe important, en faisant la paracentèse, ne se dispenserait-on pas de faire usage du trocar, et ne ferait-on pas avec prudence une petite incision, qui pénètrerait jusque dans la cavité abdominale ? On y ferait entrer une canule mousse, percée comme les algalies élastiques, pour faciliter l'issue du fluide et empêcher la contraction musculaire qui s'opposerait à sa sortie. Cette méthode m'a souvent réussi dans la ponction de l'hydrocèle, lorsque le gonflement du testicule ou de l'épididyme se trouvait trop considérable pour permettre l'introduction du trocar.

Ch. M.....r.

livres (1). Après cette évacuation, la malade bien loin de se sentir évanouir, comme il arrive assez souvent dans l'Ascite *chronique*, reprit au contraire de la force et de la vigueur; la respiration devint plus facile, et une certaine hilarité dans le regard annonça le soulagement qu'elle éprouvait de cette opération. Quand les eaux eurent été complètement vidées, on distingua facilement au toucher la circonférence de l'utérus plein. La malade couchée dans son lit, et restaurée avec une tasse de bon bouillon et deux cuillerées de vin généreux, s'endormit profondément, et jouit pendant trois heures d'un sommeil paisible. A son premier réveil, elle rendit une grande quantité d'urine, et continua à en faire autant pendant la nuit. Le lendemain, au point du jour, elle eut une sueur générale et manifesta de l'appétit. La nuit suivante, on vit paraître les douleurs de l'enfantement; les membranes s'étant rompues, l'humeur de l'*amnios* sortit en telle abondance, que les assistans l'évaluèrent à quinze livres, et bientôt

---

(1) La livre italienne se compose de douze onces, à peu près égales aux nôtres. (Trad.)

parurent deux fétus qui moururent au bout de quelques instans. Leur grosseur était à peu prés celle d'un fétus de six mois. Après quelques momens, le placenta fut expulsé par les seules forces de la nature. Tout le reste marcha régulièrement, et la fièvre de lait fut douce et de courte durée. Au dixième jour de l'opération, la piqûre faite par le *trocar* était fermée et cicatrisée, et le gonflement des membres inférieurs paraissait peu considérable. Au quatorzième jour, la femme Beccali se leva du lit, et reprit ses occupations domestiques. Elle jouit ensuite de la meilleure santé, et peu d'années après elle eut deux autres couches heureuses.

Quoique la ponction que j'ai exécutée dans l'hypocondre gauche entre le côté externe et supérieur du muscle droit, et le bord des cartilages des fausses côtes, puisse paraître au premier coup-d'œil une opération assez dangereuse ; néanmoins, en considérant attentivement toutes les circonstances du cas rapporté, elle ne se trouvera pas l'être effectivement, car, le choc de l'eau sous la percussion, dans l'hypocondre gauche gonflé et relevé, se sentait à une petite profondeur sous la peau. De plus, il est connu des personnes

de l'art, que la position du fond et du corps de l'utérus fécondé, à l'entrée du sixième mois, relativement à la situation des viscères abdominaux poussés vers la partie supérieure du bas-ventre et contre le diaphragme, oblige les eaux répandues dans toute la cavité du ventre à se rassembler en haut, et précisément dans la région des hypocondres, lorsqu'elles sont dans leur plus grande abondance. En confirmation de cela, il suffit de jeter les yeux sur les Tables de HUNTER (1), dans lesquelles on voit distinctement le corps et les côtés de l'utérus fécondé, appliqués à la paroi antérieure de l'abdomen et à celle des flancs, tandis que le fond de ce viscère regarde le dos ; au-dessus de l'ombilic, vers le diaphragme, sont les intestins grêles, le colon transverse, l'épiploon, l'estomac, le foie, la rate, parce qu'ils y trouvent moins de résistance que dans aucune autre partie du bas ventre. L'eau épanchée dans l'abdomen de la femme enceinte n'a par conséquent pas de plus grand espace dans le ventre, pour s'y rassembler, qu'entre le fond et la paroi postérieure de l'utérus et les viscères poussés

---

(1) *De utero gravido.* Tab. I. VIII.

vers le diaphragme, c'est-à-dire, dans la région des hypocondres, où précisément le flot et le choc que produisent la percussion se sentent plus manifestement que dans aucun autre point de l'abdomen, et plus distinctement encore dans l'hypocondre gauche que dans le droit, parce que la rate y occupe un espace moindre que le foie. C'est pourquoi, moyennant l'interposition d'une sérosité copieuse entre le fond et la paroi postérieure de l'utérus et les viscères chassés contre le diaphragme, on ne court aucun risque, en perforant l'abdomen dans ce lieu, pour en tirer l'eau, d'offenser l'utérus fécondé ou quelques-uns des viscères qui l'entourent.

Ce n'est pas que la piqûre de l'utérus fécondé me paraisse aussi redoutable qu'à quelques praticiens (1). Je connais des exemples de cette opération pratiquée sur l'utérus plein, hydropique ou non hydropique. Bonn (2) rapporte un cas de paracentèse pratiquée sur une femme enceinte au dernier période de la grossesse, et que par erreur on croyait ascitique; la piqûre de

(1) Chambon, *Maladies des femmes*. T. I. p. 28.

(2) *Anat. und Chirurg. Remark.*

l'uterus n'eut d'autre fâcheuse conséquence que d'accélérer l'accouchement. CAMPER (1) a dit : *in utero hydropico paracentesim, vitatâ vescicâ, posse adhiberi inter umbilicum et pubim, sine ullâ gravi sequelâ.* Les observations de LANGIUS (2), de REISCARD (3), confirment la même chose. Mon collègue NESSI, sur la fin d'octobre 1808, a pratiqué, avec succès, la ponction de l'utérus fécondé et hydropique, dans le cinquième mois, sur une paysanne de trente-cinq ans, menacée de suffocation. La perforation fut exécutée à la ligne blanche, entre le pubis et l'ombilic. La femme mit au monde deux enfans, qui moururent peu après; elle quitta le lit au onzième jour, et fut atteinte d'une ménorrhagie, qui n'eut pourtant pas de tristes conséquences (4).

Mais j'observe qu'on doit faire une différence entre l'utérus fécondé et hydropique, et l'utérus fécondé accompagné d'ascite.

---

(1) *Diss. de hydrope.*

(2) Lib. I. Ep. XXIX.

(3) *Haller Disp. Chir.*

(4) Dans chacun des trois faits pareils qui sont à ma connaissance, il y a eu deux fétus expulsés.

Dans ce second cas, la perforation de l'utérus pourrait n'être ni indiquée, ni nécessaire, par défaut de signes certains, propres à démontrer la turgescence contre nature de l'humeur de l'*amnios*, et quand même on serait assuré de l'existence des deux modes d'hydropisie dans le même sujet, après avoir évacué les eaux de l'*amnios*, il resterait à vider celles qui forment l'*ascite*, si l'on ne voulait pas confier cette opération au système lymphatique absorbant, dont l'action, dans les sujets faibles, est lente et d'un succès incertain. Au contraire, dans le second cas, après avoir évacué les eaux répandues dans la cavité de l'abdomen, si par bonheur l'utérus fécondé n'est pas hydropique, cet organe pourra remplir ses fonctions jusqu'au terme naturel; et dans le cas où il est hydropique, s'il vient, après la paracentèse, par une excitation consensuelle, à expulser ce qu'il contient, cette expulsion a lieu, sans qu'elle ait été occasionnée par une violente irritation, résultat de la blessure faite à ce viscère. Quant à ce qui concerne l'ascite *aiguë*, il est indubitable que l'évacuation des eaux, complète et artificielle, opérée aussi promptement que possible, contribue puissamment à rétablir

avec rapidité l'équilibre entre le système exhalant et le système absorbant du bas-ventre, en même temps qu'elle active l'action des organes sécréteurs de l'urine. J'ai eu plusieurs occasions de confirmer la vérité de ce point important de pratique, dans les cas d'ascite *aiguë* des enfans, survenue à la suite de la rougeole, et chez les femmes en couches, en conséquence d'une péritonite. CHAMBON voudrait que dans les circonstances urgentes de grossesse accompagnée d'ascite *aiguë*, le chirurgien se bornât à faire des scarifications superficielles aux jambes et aux pieds ; et cela même le plus tard qu'il serait possible, quoique le terme de la grossesse fût encore éloigné.

Il faut pourtant dire que l'auteur cité n'a jamais été spectateur des angoisses et du péril imminent de suffocation, auxquels sont exposées les femmes enceintes, dans cette triste combinaison de circonstances, puisqu'il propose un moyen aussi lent et d'une issue aussi incertaine, que les scarifications superficielles aux extrémités inférieures, pour évacuer les eaux rassemblées dans la cavité de l'abdomen.

Quant à ce qui concerne le diagnotic des deux modes d'hydropisie sus-mentionnés, lorsqu'ils existent séparés, l'art n'est pas dé-

pourvu de signes suffisans pour distinguer l'une de ces maladies de l'autre. Car lorsque l'utérus est seul hydropique, le ventre a une forme régulière, comme dans la grossesse à terme, quoiqu'il n'y ait encore que cinq mois depuis la conception. Les mouvemens du fétus, si toutefois ils ont lieu, sont irréguliers et très-faibles; la malade n'éprouve point une soif extraordinaire; le ventre percuté dans tous les points ne fait sentir qu'une ondulation profonde et obscure. C'est une chose étonnante, en vérité, que l'utérus fécondé et hydropique, quoique n'excédant pas le volume d'une grossesse à terme, menace de suffocation, tandis qu'aucune femme enceinte, prête à enfanter, ne se trouve exposée à ce péril. Mais l'étonnement cesse, quand on réfléchit que, dans le cours ordinaire de la grossesse, la distention de l'utérus se fait par degrés presque insensibles, auxquels correspond exactement la quantité graduelle dont cèdent le péritoine, et les muscles abdominaux, ainsi que les tégumens; d'où résulte que l'utérus fécondé, depuis le cinquième mois, se portant peu-à-peu de la ligne perpendiculaire du corps en devant, cesse graduellement de pousser les viscères abdominaux en haut vers le dia-

phragme. Mais, comme l'utérus fécondé et hydropique, au cinquième mois de la grossesse, acquiert avec promptitude le volume d'un utérus fécondé à terme, tandis que le sac du péritoine, les muscles abdominaux, et les tégumens sont encore roides et résistans ; il est lui-même retenu suivant l'axe longitudinal du corps de la femme, et continue à presser les viscères abdominaux de bas en haut vers le diaphragme, et à diminuer la cavité qui contient les organes de la respiration.

Les signes de l'ascite *aiguë* associée à la grossesse sont essentiellement différens des précédens. La forme régulière du fond et du corps de l'utérus fécondé ne peut, dans cette circonstance, être distinguée par le tact, principalement à cause de l'énorme distention et de la proéminence des hypocondres, produites par l'abondance de l'eau interposée entre le fond et la paroi postérieure de l'utérus, et les viscères abdominaux poussés vers le diaphragme. Les urines sont rares et briquetées ; la soif est continue ; la percussion du ventre fait apercevoir une ondulation obscure dans la région hypogastrique et dans les flancs, mais assez sensible et distincte dans les hypocondres, forte et *vibratile* dans l'hypocondre gauche,

entre la sommité du côté externe du muscle droit, et le bord des fausses côtes ; c'est dans ce lieu que, conséquemment, on peut pratiquer en pareil cas la paracentèse de l'abdomen, sans offenser le fond ou le corps de l'utérus, ou aucun des viscères abdominaux qui l'entourent ; comme nous l'avons démontré plus haut par la pratique chirurgicale.

Paracentèse de l'abdomen, suivant la méthode de Scarpa, pratiquée sur deux femmes grosses et ascitiques, par le D.r Cruch, chirurgien de l'Hôpital de Pavie.

(*Annales Universelles de Médecine, n.° XLVII.*)

La nouvelle manière de pratiquer la paracentèse de l'abdomen, proposée et exécutée avec sucès par le Prof. Scarpa, à l'occasion d'une grossesse compliquée d'*ascite*, devait exciter l'attention des chirurgiens par les nombreux avantages qu'elle promet. Cependant, malgré le succès de cette première expérience, le lieu insolite de la ponction et l'importance des viscères qui sont situés au-dessous, bien que ceux-ci soient extraordinairement écartés l'un de l'autre par l'utérus fécondé, devaient faire naître des doutes, parmi les personnes de l'art, sur la constance de l'opportunité et de l'innocuité de ce nouveau procédé opératoire. Ces doutes étaient autorisés par le Professeur lui-même, qui déclare dans plus

d'un endroit de ses ouvrages : « que un ou
» plusieurs succès heureux ne forment jamais
» un critère suffisant pour juger de la supé-
» riorité ou de l'infériorité d'une nouvelle mé-
» thode, ou d'un nouveau procédé opéra-
» toire, comparés à ceux qui sont déjà connus.
» Le véritable critère, dit-il, consiste dans la
» comparaison exacte des parties, sur les-
» quelles tombe l'opération, tant dans leur
» état sain, que dans l'état pathologique,
» avec les moyens employés pour l'exécution
» de l'opération elle-même. »

D'après ces principes, le nouveau procédé opératoire de la paracentèse dans les cas de grossesse compliquée d'*ascite*, n'avait pas encore reçu de l'observation et de la comparaison anatomico-pathologique, la sanction nécessaire pour faire disparaître toute espèce de doute, quant à la préférence de ce procédé opératoire, sur le mode usité pour extraire les eaux épanchées dans le bas ventre. L'occasion d'éclairer ce point m'ayant été offerte, j'ai pensé faire une chose agréable aux hommes de l'art, et en même temps contribuer aux progrès de la chirurgie, en publiant les faits anatomico-pathologiques suivans.

Première observation.

Marie Grignani, âgée de 29 ans, femme de campagne, habitant à Villanterio, fut reçue dans l'Hôpital, le dernier jour d'avril 1820. Elle était sur la fin du cinquième, ou au commencement du sixième mois de sa grossesse, et en même temps elle était atteinte d'une *ascite.* Interrogée sur les causes de sa maladie, elle ne sut en donner d'autres que les incommodités de la grossesse, et la durée des fièvres intermittentes dont elle avait été long-temps tourmentée, et qui avaient cédé à l'usage du kinkina. Elle ajouta, qu'environ à cette époque l'épanchement de l'eau dans le bas ventre s'était manifesté, et que le liquide s'était accumulé, au point de rendre pénibles la respiration et l'alimentation. En examinant la malade couchée dans son lit, on observa qu'elle se tenait plus volontiers sur son ventre que dans aucune autre position.

M. le D.r Dagna, l'un des plus habiles médecins de cet hospice, mit en usage les diurétiques, puis les drastiques, et même la saignée, mais le tout sans soulagement. Cependant, l'abondance des eaux épanchées dans

le ventre s'accrut outre mesure, en sorte qu'au commencement de septembre, la malade se trouva menacée de suffocation, et atteinte d'une grande prostration de forces.

L'état de cette femme se trouvant à peu près pareil à celui de la *Beccali*, décrit par le Prof. Scarpa, dans son Mémoire sur ce sujet, je me déterminai, sans hésitation, à pratiquer la ponction, comme il l'a fait, dans l'hypocondre gauche, à peu près au milieu de la ligne transversale de cette région, un peu au-dessous du bord des fausses côtes, lieu où la fluctuation était manifeste, et où les eaux semblaient à fleur de peau. L'opération fut exécutée le sept septembre, en présence de l'illustre Professeur d'anatomie, M. Panizza.

Il sortit par la canule vingt-cinq livres d'une eau un peu verdâtre et dense. La malade en ressentit sur le champ un grand soulagement, elle put respirer librement, tranquillement, et manger avec moins de difficulté qu'auparavant.

Quoique la quantité d'eau qui demeura dans le ventre après l'opération fût très-peu considérable, néanmoins, vingt-quatre heures après la ponction, on reconnut qu'il s'était

fait un nouvel amas de sérosité suffisant pour tuméfier de nouveau le ventre.

Dans la nuit du neuf, deux jours après l'opération, les eaux s'ouvrirent spontanément une issue par l'ouverture qu'avait faite le trocar, et elles continuèrent à couler encore le jour suivant; ce qui nécessita un changement fréquent des bandages et même des draps du lit.

Peu après la mi-nuit du dix, (troisième jour depuis l'opération,) les douleurs de l'enfantement parurent; et vers les quatre heures du matin, la femme mit au jour, sans beaucoup de difficultés, un enfant à terme, vif et bien portant, mais un peu grêle, qui vit encore. Les eaux de l'amnios parurent être en plus grande quantité que de coutume.

La malade étant accouchée du fêtus avec facilité, il y avait lieu d'espérer qu'elle ne tarderait pas à se délivrer du placenta; mais aussitôt après la naissance de l'enfant, les douleurs cessèrent et ne reparurent plus, chose qui lui était arrivée précisément de la même manière, deux ans auparavant, et avait nécessité l'extraction de l'arrière-faix. Cependant le sang sortait en abondance par la vulve, et la malade perdait peu à peu con-

naissance. L'indication de procéder à l'extraction des membranes était pressante, bien que l'état manifeste d'atonie de l'utérus et l'extrême faiblesse de la malade rendissent douteux le succès de cette opération.

Néanmoins elle fut entreprise ; mais une portion du placenta était si fortement adhérente à la paroi interne, qu'on n'aurait pu l'en tirer sans offenser ce viscère. Tous les efforts qu'on fit pour réveiller les contractions de l'utérus ayant été vains, la malade, déjà affaiblie par les maux antécédens, et épuisée par l'hémorrhagie utérine, cessa de vivre peu d'heures après l'accouchement (1).

Ouverture du cadavre.

L'inspection du cadavre fut faite en présence du professeur PANIZZA. A l'ouverture du ventre, on trouva huit livres d'eau épanchée dans cette cavité. Aucune apparence de phlogose sur le péritoine, ou sur la surface des viscères abdominaux, ou même autour du lieu de la piqûre. On introduisit par cette dernière, qui n'était pas encore cicatrisée, un stilet de dehors en dedans, et on observa qu'il pénétrait dans la cavité du ventre trois

---

(1) Voyez l'appendice A.

doigts au-dessous du bord des fausses-côtes, à peu près au milieu de la ligne transversale de l'hypocondre gauche ; sa direction était au-dessous du siège du colon transverse, et, par conséquent, du fond de l'estomac et de la pointe inférieure de la rate. En sorte qu'aucun des vicères situés dans l'hypocondre gauche, et bieu moins encore le fond de l'utérus fécondé, qui se porte en avant, ne se sont trouvés exposés aux atteintes du trocar. L'utérus avait conservé un volume égal à celui qu'il offre dans les femmes enceintes de six mois ; et, par le relâchement extrême de ses ligamens, il était, pour ainsi dire, flottant dans le bas-ventre. Ayant été ouvert, il fit reconnaître qu'une portion du placenta, du diamètre d'environ trois pouces, était demeurée adhérente au fond et en partie à la paroi antérieure de l'utérus. Cette adhérence était si forte, qu'en voulant la rompre on occasionna d'assez grandes dilacérations sur la surface interne de l'utérus. On trouve cette combinaison de circonstances mentionnée dans les plus célèbres auteurs sur l'accouchement, tant anciens que modernes.

Si je ne me trompe, la perte de cette femme doit être rapportée, en premier lieu,

à l'inertie complète de son système absorbant que prouve la promptitude de l'accumulation des eaux après leur évacuation, précisément comme cela se voit dans l'ascite *chronique*; en second lieu, à l'atonie de l'utérus, qui empêcha qu'on n'arrêtât l'hémorragie mortelle.

Ce défaut de succès n'a cependant aucun rapport avec le procédé opératoire de la ponction, au moyen duquel on avait donné issue aux eaux trois jours auparavant. L'examen du cadavre et la comparaison des parties sur lesquelles l'opération a été faite avec les moyens employés pour l'exécuter, ont montré la convenance, aussi bien que la supériorité de ce procédé par-dessus la méthode ordinaire. Car, la canule du trocar, après avoir à peine dépassé la paroi abdominale, où les eaux semblaient être à fleur de peau, s'est trouvée plongée dans l'hypocondre gauche, presque au milieu du plus grand amas des eaux; leur turgescence tenait les viscères de cette région écartés les uns des autres; c'est-à-dire, en haut vers le diaphragme, le colon transverse, avec le fond de l'estomac, et la rate; en arrière, vers l'épine, la masse des intestins grêles; en avant, le fond de

l'utérus développé. Et si ce rapport des parties était évident chez l'accouchée après l'évacuation des eaux, combien plus devait-il l'être au moment de la ponction ?

De cet examen pathologique on peut déduire et poser en principe que, dans les cas de grossesse compliquée d'ascite, la manière d'exécuter la paracentèse proposée par le professeur SCARPA, doit être préférée à toutes celles qui ont été employées.

Seconde observation.

Encouragé par les résultats de l'examen anatomico-pathologique qu'on vient de lire, je n'hésitai point à mettre en pratique la paracentèse, selon la méthode de Scarpa, dans le cas suivant de grossesse compliquée d'ascite.

Marie Louise Mandelini, âgée de 31 ans, d'un tempérament plérhorique, habitant le village dit *la cava*, près de Pavie, eut dans sa jeunesse une forte péripneumonie; dans l'âge adulte, elle courut le risque de la vie, par une fièvre pétéchiale-épidémique contagieuse, qui sévit dans cette contrée, en

1817. Elle fut successivement tourmentée pendant très-long-temps par des fièvres intermittentes, accompagnées d'un vomissement opiniâtre, quelquefois sanguinolent, et enfin par un ictère avec intumescence du foie.

Revenue, après tant de maux, à un état de santé passable, L. Mandelini se trouva enceinte. Mais depuis le sixième mois, jusqu'à la fin de la gestation, elle eut à souffrir des coliques utérines fréquentes, pendant la violence desquelles elle expulsa un fétus mort depuis plusieurs jours.

En Octobre 1819, elle fut prise d'une hémorragie utérine, qui fut arrêtée par des bains froids à l'extérieur et par des remèdes astringens à l'intérieur.

En Novembre, elle fut menacée d'une hémoptysie, que le médecin prévint au moyen de saignées, et avec la digitale unie au nitre. En Juin 1820, Louise Mandelini devint grosse de nouveau. La grossesse marcha assez régulièrement jusqu'au sixième mois; mais pendant tout ce temps, la femme ne put, sans être incommodée, se coucher sur le côté opposé à la région du foie.

Vers la fin du mois d'Octobre, elle se plaignit de fréquentes douleurs dans le bas-

ventre, de désirs répétés d'uriner, de toux et d'une grande difficulté de respirer. Le bas-ventre était beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement chez une femme grosse de six mois, et on y reconnut aisément l'existence d'un liquide épanché; mais pas encore en assez grande abondance pour pratiquer la paracentèse.

Le deux Novembre, je trouvai le bas-ventre excessivement distendu et presque livide, la respiration pénible et comme empêchée, et les membres inférieurs œdémateux. Alors je ne crus pas devoir différer davantage la ponction, qui fut exécutée dans l'hypocondre gauche, sous le bord des fausses côtes, précisément comme il a été exposé dans ma précédente observation.

Il sortit par la canule plus de trente livres de sérosité limpide et inodore, avec une impétuosité extraordinaire, quoiqu'on n'exerçât aucune pression sur l'abdomen.

A mesure que les eaux s'évacuaient, la femme se sentait délivrée de la difficulté de respirer; quand elles furent totalement écoulées, l'utérus avait un volume plus grand qu'il n'a coutume d'offrir chez les femmes enceintes de six mois; il était aplati antérieurement, et incliné du côté droit.

Deux heures après l'opération, parurent quelques légères douleurs utérines, pendant lesquelles la femme évacua par le vagin une quantité de sérosité évaluée à six livres, puis du sang, en partie coagulé, en partie fluide. Alors elle tomba en défaillance, et en fut retirée au moyen des restaurans; ensuite elle eut du repos.

Le neuf Novembre, vers midi, les véritables douleurs d'enfantement se déclarèrent. La poche des eaux se forma, (preuve indubitable que les six livres de sérosité évacuée n'étaient pas contenues dans les enveloppes du fétus), et à quatre heures de l'après-midi, la femme accoucha de deux fœtus morts, de la grosseur à peu près, de fœtus de six mois. Peu après le placenta sortit aussi sans secours étranger.

Depuis ce moment la femme a repris de la vigueur, et ses couches ont marché régulièrement; de manière, qu'aujourd'hui trente Novembre, elle se trouve en état de santé, et sans indice quelconque qu'il doive se reproduire un épanchement d'eaux dans le basventre.

APPENDICE.

A.

J'ai peine à croire que l'auteur ait fait dans cette circonstance tout ce que l'art enseignait et tout ce qu'il permettait de faire.

Il est évident, d'après le texte lui-même, que plutôt que d'offenser l'utérus, M. C. a préféré laisser la malade en danger de mourir, et mourir réellement. Or, rien ne prouve que la mort soit la suite immédiate et nécessaire de l'extraction forcée des portions du placenta adhérentes à la matrice ; au contraire, cette extraction pouvait contribuer à exciter les contractions de ce viscère en l'irritant ; tandis que l'hémorragie, qui était la conséquence de la présence du placenta à demi détaché, devait conduire à la mort, comme cela a eu lieu.

L'auteur ne dit point ce qu'il a fait pour réveiller les contractions de l'utérus ; il est probable qu'il n'a pas songé à administrer la poudre de l'ergot du seigle, dont l'effet est si prompt, si sûr, et dont on n'a jusqu'ici signalé aucun inconvénient notable ; ce n'est pas au bout de quelques heures qu'on aperçoit l'action de ce singulier remède, c'est

immédiatement avant qu'il se soit écoulé un quart d'heure, depuis que la malade en a pris la première dose, que l'expérience apprend pouvoir être répétée au bout de demi-heure; dans l'observation de M. C., la femme ayant survécu quelques heures à l'accouchement, la poudre d'ergot aurait eu le temps nécessaire pour remplir le but qu'on se serait proposé en l'administrant.

Mais un autre remède que l'auteur ne paraît pas avoir employé, et qui agit avec une promptitude presque comparable à celle du précédent, c'est l'*extrait de Ratanhia*, soit en poudre, soit en dissolution, qui opère avec toute la sureté désirable, ainsi que l'expérience me l'a montré; dans plusieurs cas d'hémorragie utérine, je l'ai administré à la dose d'un gros d'heure en heure, dose qui aurait pu être redoublée dans le cas présent, car personne encore n'a signalé les inconvéniens de cette substance, du moins à ma connaissance. Je sais qu'elle a un peu perdu de son crédit aux yeux de plusienrs praticiens; mais cela vient de ce qu'on a donné à son emploi une extension à laquelle elle ne se prête pas, en l'ordonnant dans les cas de leucorrhée; ce sont les hémorragies qu'elle

arrête, et non les leucorrhées. Et il ne faut pas perdre de vue que M. C. traitait une malade éminemment lymphatique, dans ce moment du moins, à laquelle les styptiques devaient particulièrement convenir, à titre de toniques. Je ne saurais donc m'empêcher de croire, qu'en combinant et répétant à doses suffisantes le seigle ergoté et l'extrait de Ratanhia, M. C. aurait beaucoup augmenté les chances de salut de sa malade, et l'aurait probablement conservée.

CHARLES G. PESCHIER.

APPENDICE.

B.

Dans les trois ponctions d'ascite que contiennent ces mémoires, l'on aura, sans doute, remarqué que la paracentèse met un terme aux accidens de suffocation et de mort imminente; on aura vu aussi que l'accouchement prématuré en a été la suite, puisqu'il a eu lieu, dans chacun des cas, très-peu de jours après la ponction.

Lorsque les accidens, résultans de l'accumulation de la sérosité dans la cavité abdo-

minale, ne sont pas assez graves pour nécessiter l'évacuation du liquide avant l'accouchement, la fausse couche n'est pas moins une suite nécessaire de l'ascite : mais après que la fausse couche a eu lieu, j'estime qu'il n'est pas toujours nécessaire de recourir à la ponction, lors même que le fluide épanché est en grande quantité, et que l'œdème est considérable. Un exemple tiré de ma pratique viendra à l'appui de cette proposition.

Les auteurs des deux mémoires précédens ne font aucune mention de l'hydropisie enkistée compliquée de grossesse; ces deux sujets se lient naturellement, et me conduisent à faire l'histoire d'une hydropisie de l'ovaire, qui, après avoir nécessité la ponction pendant plusieurs années consécutives, se trouva compliquée d'une grossesse qui arriva assez près de son terme, pour que l'enfant ait pu vivre quelque temps. Je ferai précéder cette observation remarquable d'une autre, où l'on verra une hydropisie enkystée disparaître par l'usage des diurétiques, après une fausse couche. Je citerai encore un cas d'hydropisie de l'amnios, sans complication d'ascite, qui se termina par un accouchement avant terme,

à la fin du septième mois. La réunion de ces différentes observations présente un intérêt majeur, quoique ces accidens de grossesse ne se rencontrent pas dans la pratique ordinaire des accouchemens.

Première observation.

Madame V.., grosse de quatre mois et demi, me fit prier, le 11 Janvier 1819, de lui faire une visite. Retenue depuis quelques jours au lit, elle se plaignait de douleurs vives à l'estomac, et d'angoisses inexprimables à la poitrine; elle avait de la disposition à l'oppression; la moindre contrariété excitait chez elle des pleurs qui, loin de la soulager, augmentaient le spasme de la poitrine et la gêne de la respiration; le pouls était petit et profond; la poitrine paraissait plus élevée que dans l'état de santé; le ventre offrait un développement très-supérieur à celui d'une grossesse aussi peu avancée. La face était pâle, les yeux larmoyans, les paupières enflées; ce qui me fit soupçonner que la malade avait eu quelque maladie éruptive supprimée par un coup de froid; mais les questions adressées à ce sujet, me désabusèrent. Je me bornai, dans ce moment, à faciliter

le cours des urines, en prescrivant un julep avec l'esprit de nitre dulcifié, et des fomentations émollientes sur tout l'abdomen ; je me vis, dans la suite, obligé de varier les boissons, parce qu'en général, elles passaient difficilement, et qu'elles occasionnaient une suffocation qui faisait redouter à la malade de prendre aucune espèce d'aliment solide ou liquide. Le 18 Janvier, on aperçut de l'enflure au dos, à la poitrine et aux parties externes de la génération. La dyspnée avait augmenté, la malade avait de la peine à parler, le pouls était fréquent et petit, lorsqu'on ne le touchait que superficiellement, mais en pressant l'artère profondément, les battemens en paraissaient plus durs ; toutes ces circonstances me décidérent à faire une saignée du bras, malgré l'anasarque ; j'espérais qu'elle diminuerait la suffocation et la tension de la peau, que les remèdes passeraient plus facilement, et que la sécrétion des urines, qui étaient rares et rouges, en serait augmentée. Après la saignée, la respiration devint plus libre, la malade put supporter la boisson, dont elle avait effroi auparavant, elle but avec plaisir un julep dans lequel il entrait une once d'esprit de Mindé-

rérus. Aucune nourriture ne passait encore, si l'on en excepte quelques cuillerées de gelée de viande et du bouillon de poulet. Les fomentations placées sur l'abdomen donnaient quelque soulagement. Cependant l'enflure gagnait, loin de diminuer; on sentait à la partie moyenne et postérieure du corps un bourrelet fort épais, qui servait de limite à l'infiltration de la peau; delà celle-ci se portait en bas, sur les cuisses jusques au haut des jambes; mais elle ne s'étendit pas au-delà. Cette enflure existait aux tégumens de l'abdomen et aux grandes lèvres; la tuméfaction de ces parties devint telle, que je fus obligé d'y faire des scarifications superficielles très-multipliées. A dater de ce moment, il y eut un soulagement sensible, l'écoulement de sérosité qui se fit jour par les scarifications, fut si considérable, que toutes les deux ou trois heures, on était obligé de changer le lit de la malade. Quoique madame V.. n'éprouvât aucune douleur abdominale ou utérine, j'attendais une fausse couche, j'étais même étonné qu'elle n'eût pas eu déjà lieu.

Le 27, je vis la malade le matin, elle avait beaucoup d'angoisses; mais elle n'éprouvait aucune douleur qui annonçât un

accouchement prochain. Deux heures après ma visite, on me fit chercher précipitamment; j'arrivai à point nommé, pour être témoin de l'accouchement, qui se fit très-brusquement et presque sans douleur ; la tête au passage était tellement molle que les parties osseuses n'offraient aucune résistance. Le fœtus, de quatre à cinq mois, était dans un état de putréfaction très-avancée, l'épiderme se détachait des différentes parties du corps ; le placenta suivit de près et sans effort. Cette fausse couche ne fut accompagnée d'aucune perte d'eau ou de sang, et il n'y eut ensuite aucun écoulement qui eût du rapport avec les lochies. En palpant l'abdomen, après cette délivrance, je trouvai que son volume avait fort peu diminué ; il me fut impossible de sentir le globe utérin, ordinairement très-apparent après l'accouchement. Cependant, au bout de quelques momens, il se déclara des douleurs beaucoup plus vives que celles qui venaient d'avoir lieu, elles se répétaient à des intervalles si rapprochés, que je voulus reconnaître par le toucher quelle en était la cause ; on pouvait soupçonner au volume du ventre et à la nature des douleurs, qu'il y avait encore un fœtus à expulser, mais l'u-

térus ne m'offrit qu'un volume très-petit, il était fort contracté et durci ; cet état expliquait assez la violence des douleurs ; comme il n'y avait pas de perte de sang, je fis des applications chaudes sur l'abdomen, et je permis à la malade de boire un peu de vin chaud. Les douleurs s'appaisèrent peu-à-peu, mais le ventre conserva son volume énorme, et dès le lendemain, on y sentait évidemment de la fluctuation ; on ne put douter alors qn'il n'y eut une hydropisie ascite, compliquée de l'œdème de la moitié inférieure du corps, à l'exception des jambes.

Quelque fâcheuse que fut cette découverte ; je ne désespérai point de voir cette grande accumulation d'eau se dissiper, parce qu'elle s'était formée très-promptement, et qu'elle ne paraissait point être le résultat de l'obstruction de quelqu'un des viscères abdominaux ; je jugeai que c'était le moment de l'attaquer par les évacuans et les diurétiques ; la malade n'ayant point eu de selles depuis quelques jours, je lui fis prendre quatre fois par jour deux grains de poudre de James anglaise, et cinq grains de nitre. Au troisième jour il survint de la diarrhée, ce qui me fit porter la dose des poudres à la moitié. Les urines

commencèrent, à cette époque, à devenir très-abondantes et très-limpides. L'empâtement du dos et des cuisses s'amollit, l'impression du doigt s'y faisait mieux remarquer. L'enflure œdémateuse des tégumens de l'abdomen disparut et donna la facilité de sentir la fluctuation d'une manière beaucoup plus manifeste; la malade remplissait, dans les 24 heures, plusieurs vases de nuit; outre cela, elle était fatiguée par une diarrhée très-forte qui m'engagea à suspendre la poudre de James et le nitre; on continua le julep avec l'esprit de Mindérérus. La diarrhée ayant cessé, je fis reprendre les poudres précédentes, mais il fallut y renoncer encore, pour la même raison. J'y substituai la poudre tempérante de Stahl, avec quelques grains de sulfate de potasse. Cette composition parut convenir à l'estomac; la quantité des urines augmentait graduellement; la mesure du tour de l'abdomen présentait tous les jours une diminution d'un pouce, ou d'un pouce et demi. Douze jours après l'accouchement, on n'apercevait plus aucune ondulation du fluide; la mesure autour du corps était d'un pied plus courte; l'abondance des urines diminua, mais elles conservèrent encore leur limpidité. A

cette époque, je supprimai les diurétiques, et je permis à la malade une nourriture plus substantielle, je lui prescrivis aussi une infusion de quinquina. A la fin de février, elle était complétement rétablie.

Seconde observation.

Il est rare, pendant une hydropisie du bas-ventre, pour laquelle on a été obligé de recourir plusieurs fois à la ponction ; il est rare, dis-je, de voir survenir une grossesse qui atteint son terme : en voici néanmoins un exemple.

Le 20 Avril 1804, je fus appelé pour faire la ponction du bas-ventre à madame B. habitant la campagne. La malade me prévint qu'elle se croyait grosse, parce que depuis plusieurs mois, elle n'avait pas été réglée ; je reconnus, au toucher, qu'il n'y avait point de grossesse ; la matrice n'était pas développée, et l'orifice du col utérin était légèrement ouvert. En palpant l'abdomen, je sentis de la fluctuation ; la région de l'estomac était tendue et engorgée, celle du foie l'était encore plus, et l'engorgement dépassait de plusieurs pouces le rebord des côtes. A la fluctuation sensible au toucher et à l'œil, à l'en-

gorgement dont je croyais le foie atteint, je ne doutai point de l'existence d'une hydropisie ascite. On verra que je me trompais ; je pratiquai la ponction du côté gauche dans le lieu d'élection, au milieu de l'espace compris entre le pubis, l'ombilic et la crète de l'os des îles. J'évacuai, par la canule du trocar, vingt-cinq livres environ d'eau limpide et visqueuse ; et je reconnus, après la ponction les mêmes engorgemens que j'avais sentis avant cette opération. Je prescrivis des poudres sudorifiques et diurétiques, et bientôt après, madame B. put vaquer à ses occupations.

Cependant la maladie continuait ; l'épanchement, augmentant de jour en jour, procura de nouveaux malaises, des envies de vomir, une altération continuelle, et des besoins fréquens d'uriner, que la malade ne satisfaisait jamais à son gré, la quantité des urines n'étant point en rapport avec celle des boissons ; enfin le volume du ventre devint tel, qu'au bout de deux mois, il fallut avoir recours à une seconde ponction ; il sortit, à peu de chose près, la même quantité d'eau qu'à la première ; l'engorgement du côté droit persista et parut même avoir augmenté. Ma-

dame B. prétendit encore être grosse ; je fus convaincu du contraire par le toucher. L'épanchement se forma plus promptement qu'auparavant, et au bout de quatre semaines, je fis une troisième ponction.

Dans ce temps, je perdis de vue la malade, et je ne la revis qu'au commencement de Janvier 1805. Un chirurgien des environs lui avait fait plusieurs ponctions, mais une seule avait bien réussi, les autres n'ayant donné issue qu'à une petite quantité d'eau. A cette époque, madame B. était grosse, mais ne s'en doutant point, elle ne m'en parla pas ; la grossesse datait du milieu ou de la fin d'Octobre 1804.

Je trouvai alors du changement dans l'état de la malade, elle avait beaucoup maigri, et elle pouvait supporter les alimens, sans vomir. Après lui avoir fait une cinquième ponction (je ne compte point celles qui n'avaient pas réussi), je la mis à l'usage du lait de vache fraichement trait ; cet aliment fut celui qu'elle préféra et qu'elle supporta le mieux pendant le cours de sa maladie ; elle n'en fut jamais incommodée. Je la mis aussi à l'usage de poudres composées avec la digitale pourprée, la crême de tartre,

le borax et le nitre. Malgré leur emploi, l'accumulation d'eau se fit avec promptitude, et plus d'une fois la malade ne put attendre la ponction, au-delà de trois semaines.

Dans le mois d'Avril seulement, j'aperçus une tumeur vers le pubis, et je la pris pour un engorgement, que je regardai comme lié à celui du côté droit, avec lequel il me paraissait avoir des communications. Dans le mois de Mai, le pouls était petit et fréquent, malgré l'usage de la digitale ; la peau était sèche, les mains brûlantes ; aucune position ne pouvait convenir à la malade ; à peine pouvait-elle être levée une ou deux heures dans la journée, et quoique les urines coulassent bien alors, elle éprouvait des angoisses continuelles. Je prescrivis, pour relever ses forces, une potion tonique et aromatique. Mais rien ne put soulager madame B.. ; elle s'affoiblit à vue d'œil, et je m'attendis bientôt à apprendre sa mort.

Le 17 Juin, elle eut dans la nuit un baillement si fort, qu'elle se luxa la mâchoire inférieure ; les portes de la ville étant fermées, on appela le chirurgien du lieu, qui ne put point réduire la luxation. Je me rendis le lendemain chez la malade, et fis la réduc-

tion. L'impression pénible que lui causa cet accident parut réveiller un peu ses forces, et elle fut mieux pendant quelques jours.

Le 23 Juin, je fis encore une ponction ; c'était la sixième depuis le mois d'Octobre ; il s'écoula environ vingt livres d'eau. Je sentis alors plus distinctement la tumeur qui s'élevait au-dessus du pubis, mais j'y fis peu d'attention, ainsi qu'à l'engorgement du côté droit, qui était plus remarquable encore. Trois semaines après, madame B. était tellement angoissée qu'on ne pût différer la ponction ; elle éprouvait un tiraillement très-incommode vers les reins, l'estomac semblait comprimé par la présence des eaux, et il y avait une oppression très-forte. En palpant les tumeurs dont j'ai parlé, je remarquai que celle qui occupait la région du pubis était augmentée, et qu'elle s'était élevée de deux pouces environ, elle était douloureuse au toucher ; son développement l'avait fait parvenir jusqu'au lieu qu'on choisit pour la ponction ; et quoiqu'il y eût évidemment de l'eau entr'elle et les parois du bas-ventre, comme en les pressant un peu fortement, on arrivait à la tumeur, je me décidai à percer les parois de l'abdomen deux pouces et demi

environ au-dessus de l'endroit que j'avais jusqu'alors choisi. L'évacuation des eaux se fit lentement et dura environ trois quarts d'heure ; enfin la canule occasionnant de la douleur, je la retirai après avoir reçu dix-neuf livres et demi d'une eau floconneuse, d'un jaune citrin. Je remarquerai ici, que depuis quelques mois, l'eau, qui d'abord était transparente, avait pris une teinte brune, puis jaune, qu'elle était devenue opâque, assez semblable à un pus jaune étendu d'eau ; la consistance de ce fluide avait varié, mais en général, il était visqueux et de temps à autre il fallait déboucher la canule avec un stilet.

La malade éprouva toute la nuit des angoisses et des douleurs ; le lendemain, elle se plaignit de douleurs aux lombes et au ventre ; celui-ci était très-sensible au toucher ; le soir, les douleurs des lombes avaient augmenté ; et à dix heures du soir, le 15 Juillet, elle accoucha d'un garçon vivant.

Après l'accouchement, le ventre resta aussi volumineux que si madame B. eut été au terme naturel d'une grossesse. La matrice se contracta comme dans les couches ordinaires, mais on sentait à droite une traînée de tumeurs, qui du bassin s'élevait jusques aux

côtes et au sternum ; on sentait aussi et on voyait distinctement de la fluctuation. Madame B... n'était point affaiblie, comme j'aurais supposé devoir l'être une femme épuisée par une maladie aussi longue. Les trois premiers jours n'offrirent rien de remarquable, il y eut un léger gonflement des seins avec un peu de tiraillement aux aisselles; cette apparence favorable de fièvre de lait ne dura pas longt-temps. Le quatrième jour, il survint de la diarrhée, avec quelques douleurs au bas-ventre ; cet accident céda à l'emploi de l'ipécacuanha ; il reparut le sixième jour. Alors je prescrivis une potion avec le cachou et l'eau de menthe, à laquelle j'ajoutai ensuite du laudanum. Malgré ces moyens et un régime fortifiant, la diarrhée ne fut arrêtée que momentanément, et lorsqu'elle reparut, ce fut avec une abondance surprenante ; les forces de la malade s'anéantissaient, et tout annonçait une fin prochaine.

Le septième jour, il survint au bas-ventre une rougeur érysipélateuse très-sensible, depuis le pubis, jusques à un travers de main de l'ombilic, ce qui faisait une grande étendue, vu le développement des parois du bas-ventre ; cette rougeur se rapprochait du côté

gauche. Bientôt il se forma une phlictène aussi considérable que la surface rouge ; elle s'ouvrit, et laissa écouler un fluide ichoreux très-âcre ; l'épiderme demeura en place ; on voyait derrière lui la peau disposée à tomber en gangrène, si la malade eut vécu plus long-temps. Je remarquai aussi des petites phlictènes à chacune des piqûres faites par le trocar. Enfin, la malade expira le vingt-six Juillet ; je fis le lendemain l'ouvertnre du corps.

Par une grande incision aux parois du bas-ventre, j'évacuai à peu près autant d'eau qu'à la dernière ponction ; je portai ensuite l'instrument tranchant, depuis l'appendice xyphoïde, jusques à l'ombilic, pour faire à l'abdomen une ouverture que je comptais continuer jusques au pubis, mais je fus retenu par l'issue d'une grande quantité de pus contenu entre le péritoire et les muscles du bas-ventre. Après avoir vidé cette espèce de sac, je prolongeai l'incision jusqu'au pubis, et j'en fis une seconde qui coupait la première par le milieu et à angle droit ; je vis alors une cavité très-grande, dans laquelle je comptais trouver les intestins, mais ils étaient tapis derrière et au-dessus de ce sac formé par

l'ovaire gauche ; ils étaient sains, logés en grande partie derrière le sternum et au dessous du diaphragme, qui avait été refoulé en haut par ces viscères et par le kiste. Celui-ci avait contracté des adhérences avec le péritoine uni aux muscles du bas-ventre, en sorte qu'il n'était point flottant dans la cavité abdominale, mais fixé à sa paroi antérieure. Je trouvai, vers le bas du sternum, d'autres kistes de grandeurs différentes, qui se portaient à droite, et qui de là descendaient jusques dans le bassin ; le fluide qu'ils contenaient, variait en épaisseur et en couleur. Dans la majeure partie, c'était une eau blanche et visqueuse ; dans d'autres, une espèce de matière purulente ; j'enlevai cinq ou six des plus gros, ils pouvaient peser quatre à cinq livres. C'étaient ces kistes particuliers et attachés au kiste principal, qui, subsistant après les ponctions, maintenaient le volume du ventre ; c'est, sans doute, dans l'un d'eux qu'on pénétra, quand on fit des ponctions sans issue de fluides. L'ovaire droit était sain, celui du côté gauche s'était développé, de manière à distendre considérablement l'abdomen ; les petits kistes qui l'environnaient, et dont j'ai parlé, se portaient

principalement du côté droit ; les trompes de Fallope étaient dans un état naturel ; mais le corps de la matrice conservait un volume triple de celui qu'il a avant la conception ; le lieu de l'attache du placenta était légèrement engorgé et dur. La vessie contenait environ un verre d'urine très-fétide. Les autres viscères du bas-ventre paraissant dans un état naturel, je ne crus pas devoir faire des recherches ultérieures.

Troisième observation.

Madame T.., mère d'un enfant bien portant, devint grosse étant atteinte d'une affection grave de la poitrine, caractérisée par une respiration courte, le pouls fréquent et petit, la peau brulante, une petite toux sèche, des palpitations, de la lassitude et des douleurs au dos, au sternum, etc. Je fus consulté au sixième mois de la grossesse ; l'abdomen était très-sensible au toucher, énormément tendu, et élevé jusques au sternum, de manière à simuler une grossesse à terme, je crus d'abord qu'il y avait une complication d'ascite, mais en pratiquant la percussion, et en palpant la malade, je m'assurai que le volume du ventre dépendait de la dis-

tention de l'utérus par une abondance contre nature des eaux de l'amnios. Je prévins les parens que l'accouchement aurait lieu avant terme ; et que, peut-être, on serait obligé d'en avancer l'époque, s'il se faisait attendre trop long-temps. Il ne me paraissait pas possible que la distention de l'abdomen fut portée beaucoup au-delà, sans refouler, outre mesure, le diaphragme, et sans causer une suffocation fâcheuse. Heureusement, à la fin du septième mois, des douleurs utérines, légères d'abord, mais fréquemment répétées, annoncèrent les approches du travail. Au bout de trente heures, les eaux de l'amnios se firent jour par la rupture des membranes ; il en sortit une quantité si considérable, que les assistans en furent effrayés. Bientôt après, l'utérus se contracta ; et après quelques douleurs, l'accouchement se termina par l'expulsion d'un fœtus, dont la putréfaction était fort avancée, puisque l'épiderme se détachait de toutes les parties de son corps. Les suites de cet accouchement n'offrirent rien d'extraordinaire.

CH. MAUNOIR.

SUR LES PRODUITS
DE L'INFLAMMATION AIGUE,

PAR THOMAS DAWLER, Esq.r,

Communiqué par Sir ASTLEY COOPER, Bar., le 13 Novembre 1821.

Tiré du Vol. XII *des Transactions de la Société Médico-Chirurgicale de Londres.*

Traduit par CHARLES MAUNOIR.

L'EXCELLENT ouvrage de Hunter, sur l'inflammation, renferme des opinions relatives à la nature des produits auxquels elle donne naissance; et les conclusions que cet auteur infatigable en tire sont, pour les parties qu'il a traitées, presque toutes exactes; cependant les produits qui sont mis sous les yeux de la Société n'avoient pas fait directement le sujet de ses expériences.

Les différens noms qu'on a donnés à ces différentes substances animales prouvent qu'on ne s'est jamais entendu relativement à leur nature. Ainsi, celle à laquelle nous donnons communément le nom de *lymphe coagulable*, a été souvent prise pour de l'*albumine coagulée*. Le nom de *lymphe coagulable*, appliqué à ce que nous prenons pour de la fibrine, est évidemment un nom impropre, car le mot

de *lymphe*, considéré seul, a été employé pour désigner la partie albumineuse du sang, et l'on sait qu'elle est coagulable ; ainsi, l'*albumine coagulée* et la *lymphe coagulable* peuvent très-bien être prises l'une pour l'autre, quoiqu'il y ait de grandes différences dans quelques-unes de leurs propriétés. La *lymphe* est aussi le nom qu'on donne au fluide contenu dans les vaisseaux absorbans ou lymphatiques; on l'appelle *coagulable*, quoiqu'elle ne le soit pas par elle-même, comme la fibrine.

Je ferai mes efforts pour prouver que c'est cette dernière substance, la *fibrine*, qui, réunie au serum, est destinée à opérer l'inflammation adhésive. La chimie ne nous donne, jusqu'à présent, aucun moyen assuré pour distinguer la fibrine de l'albumine, dans son état solide, en sorte qu'il est indispensable d'avoir recours à ses propriétés physiques. C'est de l'une d'elles qu'est tiré son nom de *fibrine*, parce qu'elle se présente toujours avec une texture fibreuse ou ligamenteuse; l'albumine ne peut jamais acquérir cette propriété, lors même qu'on la rend solide par la chaleur, les acides, l'alkool ou le fluide galvanique. Lorsque l'albumine est coagulée en masse, elle se rompt facilement entre les doigts, et se

réduit en pulpe; la fibrine, au contraire, par sa solidité et son élasticité, résiste à une pression considérable. Mais la principale distinction à faire entre ces produits animaux consiste en ce que la fibrine devient spontanément solide, lorsqu'on la retire de vaisseaux vivans, tandis que l'albumine ne possède point cette propriété. Lorsque l'inflammation adhésive commence, la fibrine et la sérosité du sang réunies paraissent être sécrétées des vaisseaux, dont elles s'échappent sous forme fluide; mais la fibrine, par une propriété qui lui est propre, devient promptement solide, lorsqu'elle n'est plus sous l'influence des vaisseaux; elle enveloppe ainsi entre ses fibres la sérosité qui a été sécrétée avec elle. Ce changement commence à s'opérer très-promptement, après que la sécrétion s'est faite, c'est-à-dire après que ces fluides sont sortis du système de la circulation, et il continue longtemps après qu'ils ont été séparés du corps.

Appliquez un vésicatoire à la surface de la peau, de manière à exciter une forte inflammation, il se fera alors au-dessous de l'emplâtre une sécrétion plus ou moins abondante de matière adhésive. Cette matière se réunira généralement dans la partie la plus déclive,

ce qui prouve qu'elle est sortie fluide de la circulation, et qu'elle est arrivée dans le lieu qu'elle occupe par sa pesanteur : c'est là qu'elle revêt graduellement une forme solide. Pendant cette transformation, elle retient entre ses fibres, en apparence applaties et allongées, la sérosité, qui se dépose en même temps que la fibrine. Il arrive fréquemment que la fibrine est en assez grande quantité pour envelopper tout le sérum, et former avec lui une masse solide et opaque. Mais lorsque la fibrine n'est qu'en petite quantité, la masse solide qui résulte de son mélange avec le sérum est demi-transparente, et se présente sous forme gélatineuse. Cette apparence a fait donner au vésicatoire qui l'a produite le nom de *gélatineux*.

En pressant fortement ce composé solide dans un linge, on en exprime le sérum, tandis que la partie fibreuse n'abandonne point le linge. Cette fibrine, examinée chimiquement, et comparée avec celle du sang, ne présente pas la plus légère différence. La sérosité ainsi séparée contient encore une petite quantité de fibrine, qui, en se coagulant plus tard, donne au sérum une apparence gélatineuse. Il est probable que le corps gélatineux, qu'on rencontre

quelquefois sur les couches externes de fibrine, dans le sac des anévrismes, se forme de la même manière.

La substance solide, séparée par l'action d'un vésicatoire, ressemble beaucoup à la croûte inflammatoire du sang; mais il ne paraît pas que la nature de cette substance ait été bien reconnue. M. Deyeux suppose que c'est de la fibrine altérée dans sa nature, de manière à lui donner beaucoup de rapport avec la gélatine. Fourcroy ne regarde point comme démontré que la croûte inflammatoire du sang naisse de la fibrine; il lui paraît plus naturel de la considérer comme de l'albumine coagulée, chargée d'une petite quantité de fibrine qui lui donne la faculté concrescible.

Le D.r Thomson, dans son ouvrage sur l'inflammation, observe que la croûte inflammatoire, soumise à l'ébullition dans l'eau, n'y fut point dissoute; ce changement aurait eu lieu, si elle eut été formée de gélatine. Elle ne présenta aucune propriété différente de celles qu'on rencontre ordinairement dans la lymphe du sang.

J'ai été conduit à avoir une opinion différente de celle des auteurs précédens, d'après

les résultats de quelques expériences faites dans l'intention de bien reconnaître la composition de la croûte inflammatoire du sang.

J'ai suivi le procédé suivant, sans faire usage des réactifs chimiques, que l'on regarde dans ces cas comme donnant des résultats incertains. On tira huit onces de sang à un homme atteint de rhumatisme, et on reçut ce fluide dans deux vases de la même contenance. On laissa reposer le sang dans l'un d'eux, pour permettre la formation de la croûte inflammatoire, tandis qu'on agita le sang du second pour s'y opposer ; vingt-quatre heures après, on lava le sang qui avait été agité pour en extraire la fibrine ; il y en eut douze grains après qu'elle eût été desséchée (1). Les quatre onces de sang contenues dans l'autre vase ayant été lavées, la fibrine, réunie et desséchée par le même procédé, ne pesait que six grains ; en sorte qu'il était à présumer que les six grains de déficit existaient sous quelque forme dans la croûte inflammatoire. C'est ce qui eut lieu ; celle-ci ayant été pressée, il

(1) La proportion de la fibrine varie beaucoup dans le sang des différentes personnes, elle varie aussi chez le même individu à différentes époques.

en sortit une grande quantité de fluide, et le restant avait évidemment une structure fibreuse. Après la dessication, on en retira exactement six grains, qui, réunis aux six grains déjà obtenus, formaient un nombre équivalent à la somme de la fibrine retirée du premier vase. Le fluide extrait par la pression devint solide par l'effet de la chaleur; c'était du sérum ordinaire.

Il paraît, d'après cette expérience, et d'autres analogues, que la croûte inflammatoire du sang n'est point de la fibrine altérée, comme le pense M. Deyeux; ce n'est point non plus de l'albumine coagulée, comme le supposait Fourcroy. Elle n'est point uniquement formée par la lymphe coagulable, suivant l'opinion du D.r Thomson; mais elle est formée par un tissu de fibrine, contenant entre ses fibres une grande proportion de sérum fluide. Un globule de sang rouge est formé d'un globule plus petit, enveloppé d'une vésicule de matière colorante, qui peut aisément être entraîné par l'eau. La particule restante est précisément de la même grosseur que celle du pus; elle est douée de propriétés tellement analogues, que quelques physiologistes les ont considéré comme identiques. Si le fait était

bien constaté, on pourrait aisément expliquer les phénomènes de l'inflammation aiguë ordinaire, lorsqu'elle n'attaque pas des parties glandulaires.

Les perfectionnemens modernes du microscope et l'invention du micromètre permettent de mesurer avec exactitude les plus petits objets. Sir Everard Home a découvert que les particules de l'albumine, de la fibrine, du pus et les globules rouges, diffèrent considérablement par rapport à leurs grandeurs relatives (1). Or, comme ces substances, mélangées avec certains sels et une proportion considérable d'eau, forment le sang, et comme leur sécrétion a lieu dans l'ordre que je viens d'indiquer, lorsque l'inflammation se déclare, on doit conjecturer que le dépôt de chacune d'elles dépend du diamètre du vaisseau dont il est chassé. Lorsque l'inflammation se fait avec épanchement, la substance qui s'échappe la première est du sérum; mais si l'inflammation augmente graduellement, et qu'en même temps le diamètre des vaisseaux s'élargisse, le sérum est suivi par la fibrine, le noyau des globules rouges ou le pus, et enfin

---

(1) Trans. Phil. 1818.

par du sang pur, comme on le voit dans la formation des abcès ordinaires.

Lorsque l'inflammation commence, ou lorsqu'elle n'est que très-légère, il ne se répand que de la sérosité; c'est ce qui s'observe dans l'hydrocèle. Mais lorsque le sérum a été extrait par la ponction, et qu'on a injecté un fluide irritant dans la tunique vaginale, les vaisseaux s'élargissent par l'effet de l'inflammation, et le sérum s'épanche alors accompagné de fibrine. Lorsqu'on applique un vésicatoire à la surface du corps, il irrite et cause de l'inflammation; si elle est légère, il ne se fait qu'un épanchement de sérum; lorsqu'elle est intense, la matière adhésive s'écoule avec le sérum; et si l'inflammation est plus violente encore, il se fait un épanchement puriforme.

Les circonstances suivantes semblent confirmer ces observations. Lorsqu'une partie fournie de vaisseaux, dont le diamètre est grand, est atteinte d'inflammation, le pus se forme promptement, si on n'en arrête les progrès par un traitement convenable; mais lorsque la partie enflammée n'a que des vaisseaux très-petits, dans l'état de santé, leur diamètre se développe rarement assez, pour permettre

le passage des particules du pus ; d'où il résulte que l'inflammation de ces vaisseaux se termine ordinairement par l'effusion du sérum ou de la matière adhésive. Dans l'inflammation des membranes séreuses, les produits ordinaires qui sont sécrétés semblent indiquer que ces parties n'ont point une structure glandulaire en partage ; mais le diamètre des vaisseaux étant naturellement petit, l'inflammation s'étend rarement au-delà de celle qui se termine par adhésion.

Je me suis servi du mot de *sérum* pour exprimer l'un des produits de l'inflammation, afin de simplifier ce que j'avais à en dire ; mais les parties qui le constituent varient beaucoup dans leurs proportions ; car lorsqu'il est produit par un grand accroissement d'action, il contient une plus grande quantité d'albumine que lorsque cette action est plus modérée. Cela se remarque dans les épanchemens séreux, dans lesquels la proportion de l'albumine diffère suivant le degré de l'inflammation actuelle.

Note sur le Mémoire précédent, par le D.r John Bostoch, *membre de la Société royale, et l'un de ses vice-présidens.*

Je désire qu'il soit constaté à la suite de ce Mémoire intéressant, qu'en 1807 et en 1808, j'ai fait quelques expériences sur la croûte inflammatoire du sang. Le procédé que j'ai suivi a consisté à en séparer la couche de la surface du coagulum, en l'exposant à un courant d'eau qui entraîne les matières solubles, sans altérer le tissu de celle qui ne l'est point. L'eau entraîna une grande quantité d'albumine, et laissa une substance qui avait la texture fibreuse, que je considérai comme étant formée, en grande partie, par de la fibrine. Mais en même temps, son apparence et l'action que les réactifs chimiques exercèrent sur elle, me firent douter qu'elle fut entièrement semblable à la fibrine du sang, et je crus qu'elle était unie à une certaine portion d'albumine coagulée. La difficulté que j'ai éprouvée à me satisfaire moi-même sur ce point a été un obstacle à ce que je misse mes expériences sous les yeux de la Société. Je n'ai d'ailleurs point eu depuis ce temps l'occasion de les reprendre.

LIPOME CONSIDÉRABLE

Extirpé avec succès par Astley COOPER, *chirurgien de l'hôpital de Guy, et professeur d'anatomie et de chirurgie.*

Tiré des Transactions médico-chirurgicales, vol. II.

Traduit de l'anglais

Par J. P. DUPIN, Doct.r Chirurgien.

LES tumeurs graisseuses sont susceptibles d'acquérir un plus gros volume qu'aucune autre. Elles ne sont pas dues à une accumulation de graisse seulement, mais à un véritable accroissement du tissu graisseux général, auquel leur structure est tout-à-fait semblable, offrant seulement un peu plus de densité.

Les cas parvenus à ma connaissance, dans lesquels des tumeurs de ce genre ont acquis des dimensions considérables, et ont été extirpées avee succès, sont, celui de M.me Smith, aubergiste à Yarmouth, dans le comté de Norfolk, dont la loupe, que j'enlevai à l'hôpital de Guy, pesait quatorze livres, dix onces; celui de M. Ayres, orfèvre dans la

rue de Tenchurch, qui fut délivré par M. Cline, d'une tumeur pesant quinze livres; enfin M. Copland a aussi enlevé à M.me de Tottenham une semblable tumeur située à la cuisse et pesant vingt-deux livres; mais la grandeur de celle dont il s'agit dans le cas suivant, excédait de beaucoup la plus considérable de ces dernières.

Comme, pour l'ordinaire, ces tumeurs naissent dans des parties dépourvues de grosses artères, qu'elles ont une base étroite et une grande mobilité, leur extirpation ne constitue pas une opération aussi redoutable que celle de plusieurs autres tumeurs d'un moindre volume, mais dont la structure est plus vasculaire, et le siége plus rapproché des gros vaisseaux sanguins. Toutefois, la tumeur en question étant placée sur l'abdomen, enveloppant le nombril, et occupant cette portion de la ligne blanche, dans laquelle on rencontre si souvent des hernies, il était impossible de s'assurer parfaitement qu'elle ne contînt pas l'épiploon déplacé. Indépendamment donc de son volume énorme, elle présentait dans son extirpation plus de danger et de difficulté que l'on n'en rencontre ordinairement.

Observation.

Nicolas Pearson, âgé de 57 ans, entra dans l'hôpital de Guy, le vingt-six Septembre 1820, dans le but d'être délivré d'une grosse tumeur, naissant du milieu du ventre, et sur laquelle il donna les renseignemens suivans.

A l'âge de 17 ans, il aperçut une tumeur grosse comme un pois, située au milieu de l'espace compris entre le nombril et le cartilage xyphoïde; elle était indolente, et ne le gênait en rien dans ses fonctions de marin; peu-à-peu elle fit des progrès, et atteignit, en seize années, la grandeur de la tête d'un enfant, ne produisant encore d'autre inconvénient que celui qui résultait de son volume et de sa pesanteur; mais il n'était pas suffisant pour le forcer de renoncer à ses occupations. Cependant, elle continua à croître; dans l'espace de vingt-neuf ans, à dater de son origine, elle acquit un volume qui rendit le malade tout-à-fait incapable, soit du service de mer, soit de se livrer à toute autre occupation utile; il était obligé de la soutenir au moyen d'un bandage passé autour du cou; néanmoins, à cette époque si avancée, elle ne lui causait aucune douleur.

Vers ce temps-là, il fut saisi d'une fièvre qui, suivant ses propres expressions, avait son siége dans la tumeur ; il n'y a pas de doute, d'après sa description, que celle-ci ne se soit enflammée à cette époque, et par suite ulcérée à la surface.

Cette tumeur conservait de la sensibilité, mais non pas évidemment au même degré que les autres parties saines du corps ; car un jour que cet homme était assis devant le feu, une portion considérable de la surface fut brûlée, avant qu'il se doutât de ce qui se passait. Il fut long-temps à se remettre des fâcheux effets de cet accident.

Il endura ainsi sa maladie pendant quarante ans, sans autre changement que de la voir augmenter peu-à-peu ; la tumeur avait alors acquis un volume prodigieux : sa plus grande circonférence mesurait une verge et un quart (environ 32 pouces de Roi), celle de son pédicule, 18 pouces ; lorsqu'il était assis, elle s'étendait jusqu'à ses genoux. Elle avait augmenté plus rapidement pendant les trois dernières années ; mais jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, le malade ne se plaignit d'autre incommodité que du poids qu'il avait à supporter, et qui le rendait

tellement hors d'état de pourvoir à sa subsistance, que ce fut ce qui le força d'en faire faire l'extirpation. Le 13 Octobre 1820, l'opération fut pratiquée, dans l'amphiteâtre de l'hôpital de Guy, de la manière suivante.

La tumeur repoussée sur le côté droit du malade, l'on fit à sa base une incision comprenant la peau et le tissu cellulaire, et on la détacha suffisamment pour s'assurer qu'elle n'était liée, ni avec une hernie, ni d'une manière quelconque avec l'abdomen. En poursuivant cette recherche, l'on trouva qu'une portion considérable, beaucoup plus sensible que le reste, se projetait dans l'ombilic, sans être cependant une hernie. Ce point important une fois déterminé, le reste de l'opération ne fut plus qu'une simple dissection accompagnée de la ligature des veines et des artères : les premières, d'un diamètre considérable, saignaient abondamment; les secondes n'étaient pas aussi dilatées qu'on aurait pu raisonnablement l'attendre, d'après le volume de la tumeur. Le malade ne perdit, pendant ce temps, qu'une quantité de sang peu considérable.

Le poids de la tumeur, pris immédiatement après l'extirpation et indépendamment

du sang qu'elle contenait, était de trente-sept livres, dix onces.

Aucun symptôme fâcheux ne suivit cette opération, si l'on excepte une douleur légère à la tête qui survint le second jour. La plaie guérit en partie par première intention, mais principalement par suppuration; au bout de huit jours, le malade fut assez bien pour se lever et marcher dans la salle.

Dans le but de déterminer le poids relatif de la tumeur et du corps du malade, mon élève, M.r D. Babington, pesa celui-ci après son rétablissement, et on trouva que la première faisait un peu plus du quart du poids total du corps. Cette expérience, faite avant l'opération, aurait offert un résultat plus exact et plus satisfaisant.

La tumeur est conservée dans le Museum de l'hôpital de St. Thomas.

DE L'OESOPHAGOTOMIE, ET D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'EXÉCUTER.

MÉMOIRE

D'ANDRÉ VACCA BERLINGHIERI,

Professeur de Clinique chirurgicale dans l'université Imp. et Roy. de Pise, chevalier de l'ordre du mérite, sous le titre de St. Joseph, et membre de plusieurs académies de l'Europe.

TRADUIT DE L'ITALIEN

PAR J. C. MORIN, D. C.

DE

L'ŒSOPHAGOTOMIE.

Si le raisonnement n'était pas toujours suspect, lorsqu'il n'est pas appuyé sur les faits, et s'il ne l'était pas encore plus, lorsqu'il paraît être en contradiction avec eux, on serait autorisé à croire que l'anatomie est née avant la chirurgie, ou au moins avant les grandes opérations chirurgicales, et que celles-ci sont filles d'une connaissance approfondie de la structure du corps humain, du raisonnement et de l'expérience ; on devrait penser que le hasard, l'analogie ou des circonstances malheureuses ont fait connaître aux hommes les parties qui pouvaient être plus ou moins gravement offensées, sans compromettre l'existence de l'individu, et celles qui ne pouvaient supporter des lésions importantes sans le tuer; on jugerait que l'anatomie doit avoir indiqué la structure et la position de ces parties, et que le raisonnement, en profitant de ces notions importantes, avec l'aide spéciale de la

mécanique, a créé toutes les grandes opérations chirurgicales.

En effet, comment supposer qu'on ait pu entreprendre d'abaisser ou d'extraire le crystallin, et d'exécuter une opération aussi hardie et aussi délicate, sans connaître exactement la structure de l'œil? Comment supposer que l'introduction des sétons dans le conduit lacrymal, ait précédé la découverte des voies lacrymales et la circulation des larmes? Comment imaginer que l'extraction de la pierre de la vessie urinaire ait été exécutée, avant que la structure des parties, qui doivent être coupées pour lui créer un passage, fût connue? Cependant, si nous nous en rapportons à l'histoire de la chirurgie, le plus grand nombre des opérations chirurgicales, celles qui paraissent dépendre des connaissances anatomiques les plus exactes, étaient admises et pratiquées lorsque l'anatomie était dans l'enfance.

L'histoire de cette science nous enseigne que les plus grands hommes des temps anciens, HIPPOCRATE lui-même, qui était certainement fort au courant de l'anatomie de son temps, confondaient les artères avec les veines, l'œsophage avec la trachée artère, etc., etc.

Elle nous apprend que cette science, rencontrant chez tous les peuples, et pendant tant de siècles, des obstacles plus ou moins insurmontables dans les préjugés des hommes, ne s'est approchée de la perfection que très-tard, lorsque déjà la plus grande partie des opérations chirurgicales étaient connues, et qu'elle a servi seulement à les perfectionner.

Mais l'opinion de ce rapport des faits, qui semble démontrée par l'histoire, répugne tellement à la raison, que je me sens très-disposé à adopter l'hypothèse de ces philosophes, qui, dans d'autres branches des connaissances humaines, ont supposé que la partie scientifique ou théorique, c'est-à-dire, celle qui peut avoir donné naissance à l'art, se serait perdue ou aurait été oubliée pendant des siècles, et que la pratique mécanique, celle dont on sent journellement le besoin, se serait conservée, par tradition, à travers les nombreuses révolutions physiques et morales que notre globe et la société humaine ont soufferts, et qui ont pu faire oublier les théories.

L'anatomie a peut être subi de pareilles vicissitudes; peut-être existait-elle avant les opérations chirurgicales; peut-être que les découvertes anatomiques des modernes ne sont pas

des découvertes, mais seulement l'exhumation de choses qui avaient été oubliées ? Cette supposition devient encore plus raisonnable, lorsqu'on relit, avec attention, ce que les auteurs antérieurs à ces découvertes anatomiques ont écrit sur plusieurs des grandes opérations chirurgicales ; il semble qu'on puisse en conclure, que leurs écrits contiennent plutôt les restes ou les débris d'une science que ses élémens.

Mais laissant à part cette discussion difficile, et peut-être interminable, digne d'occuper les loisirs d'un académicien, plutôt que le temps d'un praticien, qui vise à étendre les limites de l'art, je me contenterai d'observer que, dans le petit nombre d'opérations chirurgicales qui sont restées inconnues aux anciens, on peut compter l'œsophagotomie ; que cette opération n'a pu être imaginée ou pratiquée que par un chirurgien, qui réunissait à une grande connaissance de l'anatomie, cette hardiesse qu'inspire le savoir, un long exercice de son art, un sang-froid naturel, et le désir impérieux de conserver l'existence à celui qui est sur le point de la perdre ; tant sont grands et nombreux les obstacles qu'on rencontre dans son exécution.

Je me propose, dans cet écrit, de fixer l'opi-

nion des chirurgiens sur cette opération, avec laquelle on aurait pu soustraire plusieurs victimes, ou à une mort prompte, ou à des maladies graves, soit aiguës, soit chroniques, si la structure des parties, au milieu desquelles il fallait porter l'instrument tranchant, n'avait pas épouvanté les plus grands chirurgiens eux-mêmes.

Les opinions des écrivains modernes sur l'œsophagotomie sont contradictoires; il en est qui, dans des circonstances graves et déterminées, conseillent de la mettre en usage; dans les mêmes circonstances, d'autres praticiens, non moins respectables, la rejettent et en limitent l'emploi aux cas tout-à-fait extraordinaires, regardant les dangers qui l'accompagnent comme plus grands que ceux qui existent, en abandonnant aux seules forces de la nature, des maladies, qu'on pourrait combattre ou éviter par une semblable opération.

Des noms illustres appuient les deux opinions, et, comme nous le verrons, il ne manque pas de raisons plausibles pour soutenir l'une et l'autre. Un nouveau procédé, qui éloigne tous les dangers graves, qu'on a à craindre par les procédés connus, changera, je l'espère, l'opinion des praticiens, et les for-

cera à convenir qu'elle ne mérite pas de rester dans le rang des opérations dangereuses. Mais avant de passer à la description de cette nouvelle manière de pratiquer l'œsophagotomie, qu'il me soit permis d'examiner ce qui a été écrit jusqu'à présent, sur ce sujet, par les auteurs les plus recommandables des nations éclairées de l'Europe, et de fixer l'état de l'art au moment actuel.

Les anciens, lorsqu'un corps étranger tombait dans l'œsophage et s'y fixait, essayaient de le pousser dans l'estomac, ou de l'extraire par la bouche, suivant les circonstances. S'ils n'obtenaient de succès ni par l'une ni par l'autre tentative, ils ne possédaient aucune ressource pour soustraire le malade aux incommodités graves, aux dangers d'une mort prompte ou éloignée, aux maladies chroniques et douloureuses qui pouvaient en être la conséquence. VERDUC (1), à ce qu'il paraît, fut le premier qui conseilla d'extraire les corps étrangers en incisant l'œsophage; HEVIN se rangea à cette opinion, et il fut réservé au célèbre GUATTANI (2) de donner les principes

---

(1) Voy. Mém. de l'acad. roy. de chir. V. I. p. 444.

(2) Voy. même ouvrage, Vol. III. p. 351.

de cette opération, et de la soumettre à des règles fixes, comme en ont tous les autres grands procédés opératoires de la chirurgie.

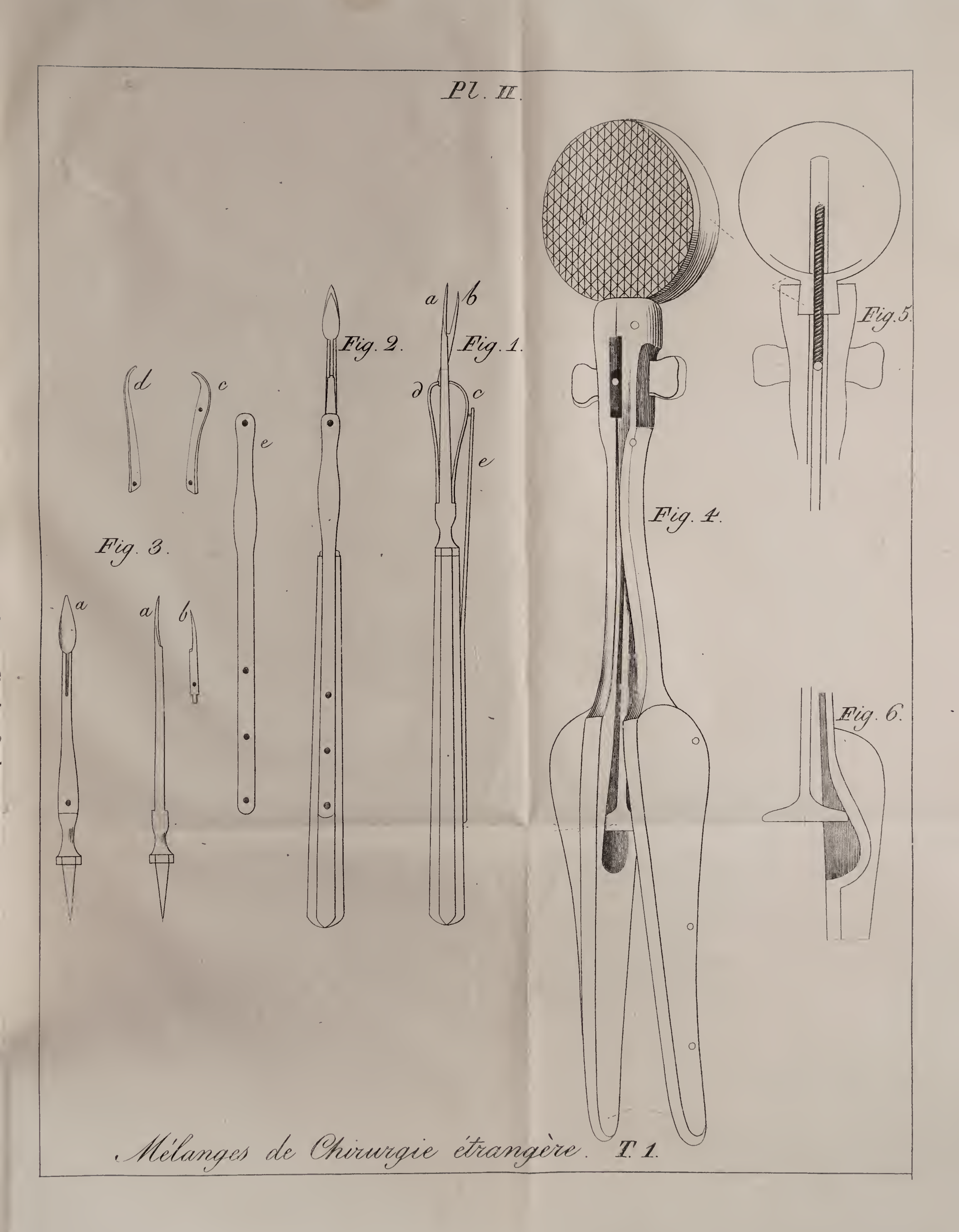
Bien qu'imparfait, le mémoire que cet illustre chirurgien a inséré dans les actes de l'Académie de chirurgie, est ce que l'art possède de mieux sur cet important sujet. Depuis GUATTANI, il n'a rien été ajouté d'utile à ce qu'il a dit sur l'œsophagotomie, qui, non-seulement ne s'est pas perfectionnée, mais qui semble encore avoir fait des pas rétrogrades. En effet, plusieurs écrivains renommés, de notre temps, ont considérablement restreint les limites de l'art de ce côté, en prescrivant de ne pratiquer l'œsophagotomie que lorsque le corps arrêté dans l'œsophage forme une tumeur externe sur les parties latérale du col, quoique GUATTANI l'ait conseillée, lorsque le corps étranger ne pouvait pas être poussé dans l'estomac, à cause de sa forme, de son volume ou de ses mauvaises qualités, et qu'étant trop difficile à extraire par la bouche, il menaçait la vie, en présentant un obstacle insurmontable à la respiration ou à la déglutition.

Les restrictions modernes rendent extrêmement rares les cas où l'opération pourrait être

pratiquée, car il est très-difficile qu'on avale un corps assez volumineux pour former une tumeur sur les parties latérales du col, précisément à cause de son volume, qui s'oppose à son entrée dans l'œsophage, et parce qu'un pareil corps ne s'arrête pas toujoursdans la partie qui correspond à la région du col.

Il se présente bien plus de cas où les corps, engagés dans l'œsophage, peuvent, non par leur volume, mais par leurs qualités malfaisantes, soit chimiques, soit mécaniques, nuire ou à l'estomac, si on les y pousse, ou à l'œsophage dans des tentatives pour le leur faire parcourir, ou aux autres organes digestifs, si nous les y faisons tomber. Dans ces circonstances malheureuses, qui, comme nous venons de le dire, sont les plus communes, les auteurs qui n'admettent pas l'œsophagotomie, lorsque l'extraction par la bouche ne réussit pas, ne substituent aucun autre moyen, que ceux qui sont propres à combattre les symptômes qui peuvent survenir.

L'opinion de VERDUC et les préceptes de GUATTANI sur cette opération furent embrassés par BERTRANDI, Benj. BELL, RICHTER, MONTEGGIA, ROSSI, Samuel COOPER, LE-


Pl. II.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6.
a
b
c
d
e
Mélanges de Chirurgie étrangère. T. 1.

VEILLÉ (1), lesquels conseillèrent tous l'incision de l'œsophage, comme GUATTANI, lors même que le corps étranger ne ferait pas tumeur à l'extérieur, pourvu qu'il fut de nature à nuire gravement en tombant dans l'estomac, qu'on ne pût l'extraire par les moyens connus, et que sa présence gênât la déglutition ou la respiration.

Des conseils beaucoup plus timides s'introduisirent ensuite dans plusieurs des écoles modernes d'Europe, et des professeurs renommés, comme SABATIER, CALLISEN, Charles BELL, RICHERAND, JOURDAN, s'accordèrent pour proscrire cette opération, excepté dans le cas déjà indiqué d'une tumeur externe, et quelques-uns d'eux osèrent à peine la proposer comme moyen extrême dans ce cas (2).

Ni VERDUC, ni GUATTANI, ni RICHTER, ni BERTRANDI, ni Benj. BELL, ni MONTEGGIA, ne se dissimulèrent les dangers graves auxquels on s'exposait en découvrant et incisant l'œsophage, lorsque le corps étranger ne le soulevait pas de manière à former une tumeur au col, parce qu'il est placé au centre de par-

---

(1) Voyez la note A.

(2) Voyez la note B.

ties essentielles à la vie, qui ne peuvent être blessées sans compromettre les jours du malade. Mais ils crurent qu'un chirurgien, doué d'un grand sang-froid, et profond anatomiste, pourrait surmonter ces difficultés. Ils crurent les blessures de l'œsophage peu importantes en elles-mêmes, et regardèrent comme beaucoup plus dangereux de faire tomber dans l'estomac des corps aigus, tranchans ou vénéneux, ou d'abandonner dans l'œsophage un corps qui empêcherait absolument la déglutition, qui rendrait la respiration difficile ou même impossible, ou enfin qui produirait d'autres symptômes graves.

Quelques-uns, au contraire, des écrivains les plus modernes, regardant comme très-difficile d'arriver à l'œsophage avec l'instrument tranchant, sans offenser les parties voisines, lorsqu'il n'existe pas de tumeur externe, et s'appuyant sur de nombreux faits, d'où il résulte qu'un corps étranger peut, dans quelques cas, rester long-temps dans l'œsophage sans produire de graves accidens; tandis que d'autres faits prouvent que des corps vénéneux, piquans ou tranchans, peuvent être avalés sans causer toujours la mort ou de graves maladies; quelques-uns, dis-je, préfè-

rent se reposer sur les ressources de la nature, plutôt que de courir les risques de l'opération, et se contentent de combattre la suffocation par la trachéotomie, et de suppléer à la déglutition par la voie de l'intestin rectum et de la peau.

Il y a donc des raisons à l'appui de l'une et de l'autre opinion, de manière que, dans l'état actuel des choses, la question est très-difficile à résoudre. Les uns ne peuvent nier que l'œsophagotomie, pratiquée par la méthode déjà connue, ne soit une opération de la plus grande importance, à cause du voisinage de la carotide, de la jugulaire, des gros nerfs, et que l'on expose les malades à tous ces dangers pour les délivrer d'un corps étranger qui cause rarement une mort prompte, quelquefois seulement, une maladie grave, et qui, d'autres fois, passe dans l'estomac en ne produisant que de très-légères incommodités. Les autres ne peuvent révoquer en doute la possibilité de découvrir et inciser l'œsophage (bien que ce ne soit pas sans difficulté), sans offenser les organes voisins, même lorsque ce canal n'est pas notablement distendu par le corps qu'il contient, pourvu qu'un habile chirurgien entreprenne cette opération. Enfin, personne

ne peut nier, ce que de nombreuses observations ont clairement démontré, qu'il n'est pas rare de voir des maladies graves, la mort même, être la conséquence de l'ingestion des corps étrangers dont nous parlons.

On n'a jamais fait, et il n'est pas possible de faire un calcul assez exact, pour déterminer si les dangers de l'opération sont plus grands que ceux qui naissent de l'ingestion de ces corps, parce que l'œsophagotomie n'a jamais été pratiquée dans ces circonstances : mais il sera peu important pour l'art de décider une semblable question, après ce que nous allons dire sur ce sujet.

Il est cependant nécessaire d'observer que les partisans de l'œsophagotomie, ainsi que ceux qui ne l'admettent que dans de certains cas déterminés, s'accordent à regarder les blessures de l'œsophage comme peu dangereuses en elles-mêmes; mais que les derniers, comme nous l'avons déjà dit, croient très-difficile d'éviter la lésion des parties intéressantes qui sont voisines de ce canal. Le seul accord de tant d'auteurs estimables sur ce point, si intimément lié à notre sujet (c'est-à-dire que les incisions longitudinales de l'œsophage ne sont pas dangereuses par elle-mêmes), nous

donne de fortes présomptions en faveur de cette opinion. Mais si nous voulons l'examiner à fond, sans nous en rapporter à l'autorité, qui est quelquefois trompeuse, nous trouverons l'analogie, l'anatomie et l'expérience parfaitement d'accord avec l'opinion commune.

En effet, nous voyons journellement les blessures des organes creux du corps humain, destinés à conduire au-dehors les humeurs séparées de nos organes, ou à leur porter diverses substances, ou enfin à exécuter d'importantes fonctions ; nous les voyons, dis-je, se guérir tous les jours, sans produire d'autres accidens que ceux qui naissent de l'épanchement des fluides qui les traversent, ou de quelques autres circonstances particulières. Quel danger accompagne l'ouvertune du larynx et de la trachée, si les artères voisines ne sont pas lésées, et si l'air peut sortir librement sans former d'emphysème ? Quel accident accompagne l'incision de l'urètre, si les choses sont disposées de manière que les urines ne puissent ni s'arrêter, ni s'accumuler dans le tissu cellulaire qui environne ce canal ? Le tube intestinal même, qui, outre l'office de conduit excréteur, exerce tant de fonctions importantes dans la machine humaine, ne

peut-il pas être incisé sans de grands dangers, là où il n'est pas couvert par le péritoine, dans cette partie où ses fonctions digestives cessent peut-être tout-à-fait, et où il n'exécute plus que celles de canal excréteur? je veux parler de l'intestin rectum, que nous incisons tous les jours dans l'opération de la fistule, avec le plus heureux succès.

Si nous examinons la question sous le point de vue anatomique, nous nous convaincrons davantage encore que l'incision de l'œsophage est peu grave, parce qu'il n'entre dans la formation de ce conduit qu'une membrane musculaire, une membrane muqueuse, des follicules de la même nature, peu de nerfs, des vaisseaux de peu d'importance, tant sanguins que lymphatiques; les chirurgiens, dans les grandes opérations, portent rarement le couteau dans des parties d'une structure moins délicate ou moins compliquée que celles de ce conduit.

Mais que sert-il de chercher dans l'analogie et l'anatomie des raisons en faveur de cette opinion, tandis que l'une et l'autre peuvent nous conduire à l'erreur? l'expérience est la seule qui ne peut pas nous tromper. Les expériences faites sur les animaux par GUATTANI

et BERTRANDI, montrent le peu de danger qui accompagne les blessures de l'œsophage ; tous les animaux soumis à ces expériences guérirent parfaitement, en peu de jours, de leur blessure; mais ce qui est encore plus probant (puisque les expériences sur les animaux laissent toujours quelques doutes), c'est que les blessures de l'œsophage observées par les hommes de l'art, qu'elles fussent faites par le couteau du chirurgien ou par accident, se sont guéries facilement, et n'ont causé la mort que lorsque des parties intéressantes, voisines, étoient lésées, ou lorsqu'il s'est formé des épanchemens dans la poitrine.

Je ne connais que trois exemples d'incision de l'œsophage pour l'extraction de corps étrangers, soit d'œsophagotomie, et dans tous les trois l'opération a été couronnée du plus heureux succès (1). Les observations de blessures accidentelles de ce canal parfaitement guéries sont nombreuses. Les Mémoires de l'Académie de chirurgie en contiennent des exemples. (2) SCHENCKIUS (3) en rapporte une observation,

(1) Voyez la note C.
(2) Voyez la note D.
(3) Voyez la note E.

Paré, Dionis, Habicot, Pigray, contiennent aussi plusieurs observations de ce genre; dans les derniers temps, Pelletan en a publié deux très remarquables (1).

Mais tous ces faits ne suffiraient certainement pas, pour faire considérer comme peu dangereuses les blessures de l'œsophage, si l'on pouvait leur opposer plusieurs autres observations, d'où il résulterait le contraire : c'est ainsi que rapporter des exemples de plaies du cerveau, du cœur et d'autres viscères ou organes essentiels à la vie, qui se sont heureusement guéries, ne prouve pas que les blessures de ces parties ne soient dangereuses. Or, ici, non-seulement on ne peut opposer de nombreux faits à ceux que nous avons cités, mais encore il n'en existe pas un seul, d'où il résulte que l'ouverture longitudinale de l'œsophage au cou ait été suffisante, par elle-même, pour tuer un homme; il est, sans doute, péri beaucoup de personnes avec l'œsophage coupé, mais en même temps, les jugulaires ou les carotides étaient ouvertes, ou bien les nerfs de la huitième paire, ou les grands sympatiques étaient divisés, ou enfin, elles avaient été suffoquées par l'en-

(1) Voyez la note F.

trée du sang dans la trachée-artère. Si HEISTER, PLATNER et LAFAYE (1), etc. etc. ont donné quelqu'importance à ces blessures, quoiqu'ils les considérassent comme susceptibles de guérison, lorsqu'elles ne divisaient pas complètement l'œsophage, et qu'elles n'étaient pas compliquées de la lésion des parties voisines; ces estimables auteurs n'ont fondé leurs craintes sur aucun fait. Il est arrivé ici, comme dans plusieurs autres parties de la chirurgie, que les auteurs se sont souvent copiés sans examen et sans critique.

Il reste donc prouvé par le raisonnement et par les faits, qu'une plaie qui suit la direction des fibres de l'œsophage, qui correspond à celle des parties extérieures, de manière à rendre impossible l'épanchement des fluides dans les parties voisines, qui n'est accompagnée de la lésion, ni des carotides, ni des jugulaires, ni de la huitième paire, ni du grand sympatique, ni du récurrent, est une plaie qui ne peut jamais être regardée comme très-grave ou dangereuse : cette importante vérité, très-généralement sentie, ne peut être mise en doute que par ceux qui se laissent guider par la prévention plutôt que par l'observation.

---

(1) Voyez la note G.

Cette maxime arrêtée relativement aux plaies de l'œsophage, il est essentiel de fixer notre opinion, sur les accidens qui peuvent résulter de la présence d'un corps étranger dans ce canal, et de la chute de ce corps dans l'estomac. En consultant l'observation sur ce sujet, elle nous montre clairement, que des corps évidemment nuisibles au suprême degré par leur volume, par leur forme, par leurs propriétés chimiques, en tombant dans l'œsophage, de là dans l'estomac, et ensuite dans le canal intestinal, ont dans quelques cas traversé toutes ces parties sans produire le plus petit accident; que d'autres fois ces corps se sont arrêtés dans la gorge, qu'il a été impossible de les en extraire, et qu'ils y ont causé des maux graves, la mort même; chez d'autres individus les symptômes graves sont survenus, lorsque ces corps sont tombés dans l'estomac, et enfin dans beaucoup d'autres cas, lors de leur passage par les intestins, spécialement par l'intestin rectum.

Larrey parle dans le premier volume de sa Campagne d'Egypte, d'une inflammation très-grave, et d'un tétanos qui mit le malade sur le bord du tombeau, produits par une arête de poisson retenue dans l'œsophage.

LITTRE rapporte l'histoire d'une femme morte pour avoir avalé une arête de poisson qui se fixa dans l'œsophage, et produisit un vaste abcès qui tua cette malheureuse, après quatorze mois.

SUÉTONE raconte la mort du jeune Drusus, suffoqué par une poire arrêtée dans l'œsophage.

GUATTANI vit mourir un homme, après dix-neuf jours de souffrances, pour une châtaigne qui s'arrêta dans l'œsophage.

CASTELLIER décrit le cas d'un jeune homme qui, en avalant un écu, le sentit se fixer dans la partie moyenne de l'œsophage, d'où il fut impossible de le retirer, Cet écu y resta dix mois, produisit des accidens assez graves pour faire craindre pour la vie, mais finit par descendre dans l'estomac, et le malade guérit, Le même auteur parle d'un autre jeune homme qui eut pendant quatorze jours un écu arrêté dans l'œsophage, qui fut attaqué, pendant ce temps, de plusieurs vomissemens sanguins et muqueux, de syncopes et de convulsions, qui menacèrent son existence, finalement l'écu passa dans l'estomac et le malade se rétablit.

MESNIER parle d'une esquille d'os de bœuf,

longue d'un pouce, qui s'arrêta pendant quatre mois dans l'œsophage, ne causant que de très-légers accidens ; elle en amena ensuite de plus graves, compromit l'existence de la malade, jusqu'à ce qu'elle sortit, dix mois après, par la bouche, avec du pus, dans un accès d'éternuement et de toux.

Fabri de Hilden raconte qu'un petit os à angles aigus, qui étoit arrêté dans l'œsophage, produisit de la fièvre, du délire, des convulsions, de la difficulté d'avaler et de respirer, qu'il donna naissance à un abcès, qui s'ouvrit le septième jour, et qu'il sortit par la bouche avec la suppuration.

Bartolini décrit le cas d'un homme qui avala une dent de porc, laquelle, arrêtée dans l'œsophage, produisit des accidens graves et le marasme ; deux années furent employées au rétablissement de cet individu.

Hévin rapporte le cas d'une femme qui avala une arête de morue, et sentit un léger picotement, les deux premiers jours, lorsqu'elle avalait les alimens solides ; le troisième jour la douleur devint vive, la fièvre se développa, il survint de la difficulté d'avaler même les alimens fluides, il fallut recourir plusieurs fois à la saignée, ce qui n'empêcha pas la for-

mation d'un abcès dont le pus passa par la bouche, en entraînant l'arête le septième jour.

Platner parle d'un jeune homme, dans le gosier duquel il se fixa plusieurs arêtes de carpe, qui produisirent de vives douleurs, et une tumeur inflammatoire qui suffoqua le malade.

Fabri de Hilden rapporte l'observation d'un jeune homme qui, après avoir avalé une grosse épingle, resta pendant trois jours sans en ressentir aucun inconvénient; il survint, seulement, le troisième jour, des douleurs insupportables à la région du pylore, une fièvre ardente accompagnée de convulsions et de frénésie; ces accidens ne se calmèrent que par l'expulsion du corps étranger, qui eut lieu le quatorzième jour par l'anus.

Bayle cite l'observation d'une fille de dix-huit ans, qui avait avalé des épingles; elle sentit pendant quelques jours de grandes douleurs dans diverses parties du ventre; une portion de ces épingles sortit ensuite avec les excrémens, et les autres percèrent les parois de l'abdomen dans différens points; les douleurs furent suivies de dyssenterie, de syncopes, de convulsions fréquentes, auxquelles se joignit l'émaciation, et la malade mourut.

Schenkius rapporte le cas d'un homme, chez lequel une aiguille de fer avalée traversa les membranes de l'estomac, pénétra dans le foie, et fit périr le malade de marasme.

Forestus donne l'histoire d'une jeune fille qui avait avalé une aiguille ; elle se fixa dans l'œsophage, et vainement on tenta de la retirer ; la malade tomba dans la consomption et mourut quelque temps eprès. Le même auteur parle d'une sonde de fer, qu'un chirurgien laissa tomber dans la gorge d'une femme; cet instrument, passé dans l'estomac, produisit une émaciation extrême, et la mort, au bout de deux ans.

Kergring rapporte le cas d'un enfant de cinq ans, lequel mourut pour avoir avalé une petite pièce de monnoie, qui lui boucha le pylore. Le même malheur arriva à un autre garçon, chez lequel la pièce de monnoie s'introduisit dans le pylore, et produisit des vomissemens obstinés, et finalement la mort.

On ne peut pas être tranquille sur le sort des malades, lorsque les corps étrangers sortis de l'estomac ont traversé le canal intestinal. Ils rencontrent quelques fois de grands obstacles à l'extrémité de l'intestin rectum.

Quesnay poussa dans l'estomac un os ar-

rêté dans la partie inférieure de l'œsophage. Cet os parcourut heureusement tout le tube intestinal, mais après quelques temps, arrivé au rectum, il se planta dans ses parois, produisit de grandes douleurs, et il fut nécessaire que le chirurgien le retirât par une manœuvre très-adroite.

FAGET fut appelé pour secourir un malade, qui avait tous les symptômes d'une inflammation du bas-ventre accompagnée de retention d'urine. Plusieurs saignées avaient déjà été faites, lorsqu'en introduisant le doigt dans le rectum, on trouva que la cause de tous les accidens signalés était un os planté dans les parois de l'intestin. Cet os avait été avalé huit jours auparavaut.

TOSTAIN retira de l'intestin, au moyen d'une incision, un os qui avait été poussé artificiellement, de l'œsophage dans l'estomac. Cet os avait d'abord causé des douleurs sourdes à l'estomac, ensuite de violentes coliques intestinales, et enfin des douleurs, à l'intestin rectum.

SAVIARD a vu arriver la même chose, et a fait cesser les accidens par une incision pratiquée pour l'extraction du corps étranger.

MEECK'REN raconte l'histoire d'un malade, chez qui la mâchoire d'un turbot, qu'il avait

avalée, s'arrêta dans l'intestin rectum et y produisit de graves accidens ; l'extraction de ce corps fut difficile et très-douloureuse.

La plus grande partie des cas ont été infiniment moins heureux que ceux que citent ces auteurs ; les observations qui prouvent que le séjour des corps étrangers dans l'intestin rectum a des conséquences graves, sont très-nombreuses.

Le Dran rapporte le cas d'un homme atteint d'une fistule à l'anus, qui l'avait réduit à une émaciation extrême, elle était causée et maintenue par la présence d'une esquille d'os que le malade avait avalée.

De la Peyronie a vu un vaste abcès gangreneux à l'anus, produit par un os que le malade avoit avalé. Cet os avait causé pendant dix jours de violentes douleurs d'estomac; puis elles se portèrent dans les intestins, et enfin l'os détermina la formation de l'abcès gangreneux en question.

Petit rapporte divers exemples semblables; Stalpart, Vander-Wiel, Feburier, Dubois, citent des faits du même genre ; les actes des différentes académies medico-chirurgicales sont pleines d'observations de cette nature.

On pourrait citer, si cela était nécessaire, beaucoup d'autres exemples funestes, de maux graves produits par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage, par leur chute dans l'estomac ou dans le canal intestinal. Cependant, l'on peut opposer à ces faits autant et peut-être beaucoup plus d'observations, qui prouveraient que cet accident n'amène pas toujours des maladies graves ou la mort; tant de faits contradictoires prouvent seulement à mes yeux, que le danger qui l'accompagne mérite toute notre attention.

Puis donc que le raisonnement et les faits démontrent que de graves accidens, et la mort même, peuvent être la conséquence du séjour de certains corps dans l'œsophage, ou de leur chute dans l'estomac (lors-même qu'ils ne forment pas une tumeur sur les parties latérales du cou, et qu'ils ne gênent pas considérablement la déglutition et la respiration); puisqu'il est également certain, qu'il y a peu de chose à craindre de la blessure longitudinale de l'œsophage, il n'y a plus lieu de demander si l'on doit ou non inciser ce canal, toutes les fois que le cas l'exigera, pourvu qu'on puisse trouver un procédé facile pour inciser l'œsophage suivant sa longueur,

sans courir le risqne d'offenser jamais les parties voisines.

Il y a déjà plusieurs années que je publiai d'une manière fort concise, il est vrai, dans mon premier ouvrage chirurgical (1), imprimé dans l'année 1793, une méthode pour pratiquer l'œsophagotomie, méthode que j'ai toujours ensuite démontré dans mes leçons publiques, et dont personne, à ma connaissance, n'a parlé avant moi. Elle consiste dans l'introduction d'une grosse algalie d'argent par la bouche, jusque dans l'œsophage, en tournant la convexité contre la paroi postérieure du pharynx, et la concavité contre la base de la langue; on incline alors la partie qui reste hors de la bouche vers le côté droit de la face et en arrière, pour que l'extrémité opposée se porte à gauche et en avant, en entraînant l'œsophage hors de sa position naturelle, laquelle est trop profonde, et trop voisine de parties qu'il est dangereux de blesser. Ce mode d'opérer a sans doute de grands avantages, mais il est encore bien loin d'offrir ceux qui résultent de la méthode que je propose aujourd'hui.

---

(1) Réflexions sur le traité de chirurgie de B. Bell, tome 1, pag. 64.

Ce procédé ne fit point alors fortune, et il le pouvait difficilement, parce que les propositions nouvelles, qui viennent d'un jeune homme de vingt ans, sont bien rarement accueillies avec faveur par les praticiens expérimentés; peut-être aussi, pour prouver la prééminence d'un semblable procédé, eût-il fallu employer plusieurs pages et non pas quelques lignes. Le seul Prof. ROSSI, chirurgien distingué de Turin, sentit les avantages de cette manière de faire, et dans son Traité de médecine opératoire, qu'il publia treize ans après mes réflexions sur BELL, il le conseilla comme très-utile.

Je trouve encore dans le Dictionnaire des sciences médicales, et dans la Nosographie du Prof. RICHERAND, (déjà citée dans cet opuscule) qu'on a proposé de se servir d'une sonde à dard, plutôt que de la simple algalie que j'ai indiquée; mais j'ignore qui est l'auteur de cette proposition, et je ne connais point l'ouvrage dans lequel une semblable méthode se trouve décrite. Le jugement défavorable qu'en ont porté MM. RICHERAND, et JOURDAN, rédacteur de l'article *Œsophagotomie* du Dictionnaire, me semble bien fondé, puisque ce dard ne peut ni pousser

l'œsophage hors de sa place, en le portant vers la superficie, ni l'éloigner de la carotide, effet que l'on obtient de la sonde seule. Si ensuite l'auteur propose de pousser le dard pour percer l'œsophage, quoique ce canal reste à sa place, seulement pour que le fer du dard guide le couteau sur les parois du conduit ; les inconvéniens sont très-graves : premièrement, le dard en allant de dedans en dehors passe entre les parties que nous devons éviter, et qu'on évitera plus facilement en incisant de dehors en dedans, parce qu'elles sont continuellement sous les yeux : secondement, le guide que présente le mandrin du dard ne rend pas le lieu où on doit porter l'incision moins étroit.

Le nouveau procédé que je soumets à mes confrères doit s'exécuter de la manière suivante.

Pour cette opération, on prépare un bistouri droit, ordinaire, des pinces pour la ligature des vaisseaux, une sonde cannelée (qui probablement ne servira jamais), des éponges pour étancher le sang, des fils pour lier les artères, des crochets obtus, et des pinces pour l'extraction du corps tombé dans l'œso-

phage. A ces instrumens, on joint celui dont la figure est à la fin du volume.

Cet instrument, auquel, vu la faculté qu'il a de déplacer l'œsophage, un de mes amis, helléniste distingué, a donné le nom de *ectopesophage*, du verbe ἐκτοπεω, *déplacer* (1), est formé de deux pièces, une canule et un mandrin. La canule d'argent ou de quelqu'autre métal, est longue de treize ou quatorze pouces et un peu plus volumineuse que les grosses algalies de l'urètre : une de ses extrémités est ouverte, l'autre présente un cul-de-sac : l'extrémité ouverte porte sur les côtés deux anneaux capables de recevoir chacun commodément un des doigts du chirurgien ; la canule

(1) Quelque commode qu'il pût être de désigner cet instrument par un seul mot, celui d'*ectopesophage* ne me paraît pas susceptible d'être adopté : 1° parce que c'est ἐκτοπιζω et non ἐκτοπεω qui est le plus en usage pour exprimer le déplacement d'une chose; 2.° parce que dans les mots composés, la règle veut que la portion qui indique l'action soit à la fin et que son objet la précède, ce qui est précisément le contraire de ce que nous voyons dans le mot ectopesophage. D'ailleurs le nom de *dilatateur de l'œsophage* que nous adopterons, ne sera ni moins clair ni beaucoup plus long.

Note du Traducteur.

est légèrement courbée, présentant ainsi une surface convexe et une concave. Le côté qui est à gauche du malade, lorsque la concavité est tournée vers le chirurgien, et son extrémité ouverte en haut, présente une large fente qui commence à une ligne seulement du cul-de-sac, et s'étend à peu près jusqu'à la moitié de la canule, en suivant son axe. La largeur de cette fente est proportionnée à la grosseur de la partie du mandrin qui doit y passer.

L'autre partie de l'instrument (que pour plus de commodité nous appellerons *mandrin à ressort*) est formée d'un fil d'acier garni d'un anneau, à l'une de ses extrémités, semblable à ceux de la canule ; de cette extrémité jusqu'au milieu il n'a rien de remarquable, de ce point jusqu'à l'extrémité opposée, le mandrin se divise en deux parties égales, cette extrémité formée en olive est composée de deux demi-olives. Ces deux parties tendent fortement à se séparer, ne se tiennent point unies, près l'une de l'antre, pour faire un tout, si elles n'y sont forcées par une force supérieure à celle qui les fait séparer. Ce mandrin n'a point exactement la courbure de la canule, il en présente une plus prononcée ;

cependant la différence n'est pas assez grande pour empêcher le mandrin, qui est élastique, de pénétrer dans la canule, et de la parcourir depuis l'extrémité ouverte jusqu'à celle qui se termine par le cul-de-sac.

On monte l'instrument en introduisant dans la canule l'extrémité olivaire du mandrin, dont on tient les parties rapprochées avec les doigts, on le pousse jusqu'à-ce que son olive soit arrivée dans le fond du cul-de-sac, et on empêche avec un doigt que sa portion gauche ne sorte par la fente de la canule en passant derrière elle. Les choses ainsi préparées, il n'est pas difficile de comprendre que si le chirurgien introduit l'index et le medius dans les anneaux de la canule, le pouce dans celui du mandrin, qu'il fixe la première et qu'il retire à lui le second, la pointe de celui-ci abandonnera le cul-de-sac, et que l'olive n'étant plus retenue à gauche parce qu'elle trouve la fente, se divisera, une moitié se séparera de l'autre et se déploiera au dehors. Non-seulement, cette moitié du mandrin se portera à gauche, et laissera ainsi entre elle et la canule un espace de près d'un pouce, mais encore elle arrivera presque un pouce plus avant, parce que comme nous l'avons dit, la cour-

bure du mandrin doit être plus forte que celle de la canule, et qu'il la reprend aussitôt qu'il se trouve en liberté et qu'il n'est plus retenu par ses parois.

En tenant la canule fixe et en continuant de tirer à soi, avec l'autre main, l'anneau du mandrin, l'extrémité olivaire rentre dans le tube et se rengaine.

Deux de ces instrumens sont nécessaires, parce que le chirurgien est dans le cas de pratiquer l'œsophagotomie à droite comme à gauche; l'un d'eux doit porter l'ouverture latérale à droite plutôt qu'à gauche; cependant, il seroit facile d'en construire un qui pût servir pour les deux côtés, seulement dans ce cas, il serait fendu à droite et à gauche, et il serait nécessaire d'avoir deux mandrins; l'un auroit la demi-olive gauche assez grosse pour qu'elle ne pût pas passer dans la fente correspondante; l'autre auroit celle de droite trop volumineuse pour s'échapper au travers de la fente droite. Pour les cas ordinaires, c'est-à-dire, pour opérer à gauche on se servirait du dernier, et pour les cas extraordinaires du premier.

Plaçant le malade dans la position déjà décrite par GUATTANI, c'est-à-dire, assis sur

une chaise, un aide en posant les mains sur le front, lui soutient la tête en l'inclinant légérement en arrière et à droite, un second aide tient ferme les mains du patient, et enfin un troisième assiste le chirurgien, essuie la plaie, la tient dilatée avec le crochet ou le doigt, et serre les ligatures des artères, si les circonstances exigent qu'on en lie quelques-unes.

Tout étant ainsi préparé, le chirurgien fait un pli transversal aux tégumens qu'il veut diviser, afin de les couper plus net et d'un seul coup. Il fait en sorte que cette plaie (qui doit être faite à gauche, à moins que des circonstances particulières n'exigent le contraire, parce que l'œsophage est un peu plus à gauche qu'à droite) ait son angle superieur au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, l'inférieur, deux pouces plus bas, en suivant toujours le bord interne du larynx et de la trachée.

L'incision des tégumens et du peaucier étant faite, on introduit par la bouche le dilatateur de l'œsophage aussi profondément qu'il est nécessaire, pour que son extrémité fermée arrive à peu près à la hauteur de l'angle inférieur de la plaie. Cette introduction sera fa-

cile, mais pour la faciliter encore et pour éviter le danger de faire entrer l'instrument dans le larynx, on suivra avec son extrémité la partie postérieure du pharynx, et avec la main qui ne soutient pas l'instrument, le chirurgien tirera à soi le larynx, en l'éloignant un peu de la colonne vertébrale. Une fois le dilatateur arrivé à ce point, on le tient de manière que l'extrémité inférieure soit un peu plus à gauche qu'à droite, et alors l'opérateur en retirant le mandrin, autant qu'il est nécessaire pour le sortir du cul-de-sac et pas davantage, afin que le ressort s'écarte, verra se former une tumeur sur la partie gauche du cou, précisément sous l'incision.

Le même doigt qui a servi à tirer le mandrin, sert à le repousser, jusqu'à-ce que l'anneau vienne toucher le bord de l'ouverture de la canule elle-même. Un aide alors se charge de maintenir l'instrument dans la même position.

Ensuite le chirurgien incise le tissu cellulaire sur la tumeur qu'il vient de former, jusqu'à ce qu'il découvre l'œsophage, en faisant éloigner du centre de l'incision, d'un côté le sterno-mastoidien et de l'autre le sterno-hyoidien, au moyen du doigt ou du crochet obtus.

On découvrira promptement ainsi l'omo-hyoïdien qui traverse obliquement la plaie, à peu près dans son milieu. L'intégrité de ce muscle gêne un peu dans l'opération, il peut être facilement coupé en le soulevant avec les doigts, ou avec la sonde cannelée, ou encore sans ces précautions. La paroi de l'œsophage se présente alors dans l'étendue de plus d'un pouce, distendue par l'instrument et séparée de la postérieure.

L'œsophage est ainsi écarté de sa position naturelle derrière le larynx et la trachée artère, dans le point qui correspond à l'incision externe, la paroi antérieure est spécialement éloignée de la colonne vertébrale, et par conséquent des gros vaisseaux et des troncs veineux, qui restent profondément dans leur position naturelle, tandis qu'elle est poussée par le mandrin à ressort à la superficie du cou, où elle vient faire saillie. Dans ces circonstances, il est très-facile d'inciser ce canal, puisqu'il se présente à l'œil et au couteau du chirurgien, tout-à-fait libre du voisinage des parties dont la lésion est avec raison si fort redoutée.

L'incision de l'œsophage doit tomber précisément sur la partie de ce canal qui est

comprise entre la partie divergente du mandrin, et la canule de l'instrument, en suivant la direction des fibres longitudinales. Elle doit commencer en bas, dans l'endroit où les parties de l'instrument présentent le plus grand écartement, deux lignes au-dessus du point où arrive l'extrémité olivaire du mandrin. Cette précaution rend impossible le passage de l'instrument au travers de l'incision, et laisse toute la faculté désirable d'agrandir la plaie, si on le croit nécessaire, et d'y introduire les doigts, les crochets, etc. Le chirurgien doit porter son bistouri en faisant l'incision de l'œsophage, non point en suivant le bord interne de la trachée, et s'en rapprochant, comme cela a été généralement enseigné, mais il doit, au contraire, se tenir également éloigné du mandrin et de la canule, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, afin d'éviter la lésion du nerf récurrent, qui s'insinue dans le larynx du côté interne. Le précepte contraire, que tous les auteurs ont donné jusqu'à présent, avoit pour objet d'éloigner le danger de blesser la jugulaire, la carotide, la huitième paire, ou le grand sympathique, mais ce danger n'existe point ici, puisque l'œsophage est porté

très-loin de ces parties, ainsi que nous l'avons déjà vu.

Après avoir fait à l'œsophage une incision longitudinale d'un pouce plus ou moins, suivant le volume du corps que l'on se propose d'extraire, on porte un petit crochet mousse dans la plaie de ce canal, pour la maintenir ouverte, et pour le retenir là où l'avoit porté le dilatatenr, que l'on retire de la bouche, après avoir fait rentrer le ressort dans la canule; avec le doigt et des pinces introduites dans l'incision, on extrait le corps étranger, et l'on termine ainsi l'opération.

En pratiquant de cette manière l'œsophagotomie, il est presque imposible de couper les artères thyroïdiennes supérieure ou inférieure, à moins qu'elles ne soient hors de leur place ordinaire. Il est inutile de dire que, dans le cas où cet accident arriverait, on devrait y porter remède au moyen de la ligature.

Le gonflement considérable de la partie gauche de la glande thyroïde, un gros kiste ou quelqu'autre tumeur sur cette partie du cou, et sur le point où l'incision doit être faite, une inflammation des mêmes parties, rendraient l'opération très-difficile et peut-être

même tout-à-fait impossible du côté gauche. Dans de semblables circonstances on peut opérer à droite. Le dilatateur préparé pour ce côté sera substitué à l'autre, ou si l'on en a un construit pour opérer des deux côtés, on le montera pour la droite, et le reste de l'opération s'exécutera de la même manière.

Nous voyons au premier coup-d'œil, qu'avec cet instrument, on pourvoit dans tous les cas; au défaut d'un corps étranger, qui, en faisant une tumeur sur les parties latérales du cou, rendrait aux yeux de tous, l'opération de l'œsophagotomie praticable sans de graves dangers. Nous ne sommes plus ainsi contraints d'opérer constamment du côté gauche, et l'on peut encore opérer à droite lorsque les circonstances l'exigent.

Ces seuls avantages suffiraient pour faire adopter une semblable méthode, et pour changer, sur ce point de pratique, les maximes chirurgicales. Mais un examen un peu plus approfondi nous montrera beaucoup d'autres raisons de préférence aussi importantes en faveur de cette manière de faire. En effet, chacun voit que, dans le premier cas, lorsque la tumeur est formée par le corps étranger, il n'est pas possible de choisir le lieu de l'in-

cision, puisqu'il sera arrêté tantôt plus haut, tantôt plus bas. Mais l'espace dans lequel l'œsophagotomie peut se faire sans blesser des vaisseaux d'un gros volume, étant limité, en haut par la thyroïdienne supérieure, en bas par l'inférieure, il en résulte que l'une ou l'autre de ces artères sera, dans quelques cas, inévitablement comprise dans l'incision, et quoique la ligature puisse porter un remède certain à cet inconvénient, il sera mieux de n'en avoir pas besoin, puisqu'elle ajoute toujours quelque chose au danger d'une opération. Avec l'instrument décrit, l'incision tombera inévitablement là où le chirurgien voudra la faire tomber.

Lorsqu'un corps étranger, assez volumineux pour former une tumeur sur les parties latérales du cou, s'arrête dans l'œsophage, il peut se fixer dans la partie de ce canal qui correspond à la bâse du cou et au sommet de la poitrine : dans ce cas, le précepte que tous les chirurgiens donnent de couper sur la tumeur serait très-dangereux, car outre le petit inconvénient d'être obligé de diviser l'extrémité du sterno-mastoïdien, il serait presque impossible de ne pas offenser la carotide, qui alors doit être portée en avant avec

l'œsophage par le corps étranger, puisque cette artère va de bas en haut, et de dedans en dehors, en passant obliquement devant le canal alimentaire. On en peut dire autant relativement au nerf récurrent, quoique la section de ce nerf ne doive pas, suivant moi, être regardée comme une chose bien importante.

Aucun de ces inconvéniens ne se rencontre en suivant la méthode décrite plus haut; si le corps étranger fait une tumeur dans une partie où l'on ne puisse inciser sans difficulté et sans danger, nous inciserons sur le dilatateur, et introduirons ensuite des pinces pour saisir le corps fixé, à peu de distance de l'ouverture.

Cette opération, non-seulement rend possible et facile l'extraction des corps étrangers tombés dans l'œsophage, lorsqu'ils ne font point tumeur à l'extérieur, non-seulement elle la rend plus sûre et moins dangereuse, lorsqu'ils sont fixés, et qu'ils font tumeur dans cette portion de l'œsophage qui répond à la partie inférieure du cou, mais encore elle fait entrer jusqu'à un certain point dans le domaine de l'art, les corps arrêtés dans la partie de l'œsophage qui est renfermée dans la poitrine. Avec une incision qui se rap-

proche autant du siége du mal, il est infiniment moins difficile d'introduire une pince et d'en extraire la cause ; il ne me semble pas, comme le pense RICHTER, que dans ce cas l'extraction soit aussi difficile qu'avec une pince introduite par la bouche, non-seulement parce que nous nous rapprochons beaucoup du corps étranger, mais encore, parce que, dans cette circonstance, nous pouvons nous servir d'un instrument droit, bien moins long, plus facile à manier, et qui ne produit pas la moindre irritation au voile du palais, et à la base de la langue, irritation très-incommode pour le malade, lorsqu'elle doit durer long-temps.

L'instrument que j'ai décrit plus haut n'est pas absolument indispensable pour pratiquer l'œsophagotomie ; une algalie, comme je l'ai déja publié dans mes réflexions, et comme je l'ai enseigné dans mes leçons publiques, peut beaucoup faciliter l'opération ; mais il est certain qu'il rend l'incision de l'œsophage bien plus sûre et plus facile, parcequ'il tend les parois de ce canal infiniment mieux qu'une simple algalie, et qu'il les éloigne davantage des organes que l'on ne veut pas toucher ; il soulève l'œsophage comme elle, et de plus, il éloigne la paroi antérieure de la postérieure,

et le côté droit du ganche, il produit cet effet non-seulement dans le point où agit l'extrémité de l'instrument, mais dans l'espace d'un pouce et demi, au moins, c'est-à-dire, dans un espace plus grand que la longueur de l'incision ; il facilite encore l'opération, parce qu'une fois qu'il est introduit, l'opérateur n'a plus besoin, pour soulever l'œsophage, de faire aucun de ces efforts, qui sont incommodes au malade et qui occupent l'attention du chirurgien.

A ces avantages il s'en joint un autre très-important, c'est de ne point craindre de voir sortir l'instrument par la première incision pendant qu'on l'agrandit, accident qui n'est pas bien grave, mais qui rend difficile la continuation de l'incision, parce l'œsophage reprend sa position naturelle derrière le larynx et la trachée artère, aussitôt qu'il n'est plus soutenu ; il est presque impossible d'éviter cet inconvénient, en opérant avec la simple algalie, parce que le chirurgien est obligé d'ouvrir l'œsophage sur son extrémité, à l'endroit où elle le soulève.

L'opération ainsi achevée, les soins ultérieurs doivent être fondés sur les principes de la chirurgie moderne. On tente la réunion immédiate de la plaie en mettant en contact ses

bords. Il ne sera pas difficile de rapprocher ceux de l'incision de l'œsophage ; les fibres longitudinales n'étant pas coupées, il ne peut pas y avoir un grand écartement entr'elles ; une position qui tendra un peu l'œsophage, c'est-à-dire, une légére extention du col produira un bon effet. Les emplâtres agglutinatifs seront suffisans pour réunir la plaie extérieure, dont les lèvres ne sont point éloignées par l'action de muscles forts ; en effet, les fibres du peaucier qui sont coupées, outre qu'elles sont presque toujours très-foibles, sont facilement maintenues par les emplâtres, à cause de leur intime adhérence avec les tégumens.

Il faut ajouter à ces moyens, lorsqu'on essaye la réunion par première intention, ou l'absolue abstinence de toute espèce de boisson et de nourriture pendant, au moins, quarante ou quarante-huit heures, ou l'introduction, par la bouche ou par les fosses nasales, d'un tube de gomme élastique, qui descende jusqu'au dessous de la plaie, et dont il reste une portion hors de la bouche ou du nez. Par-là on fera passer dans l'estomac des alimens fluides, qui ainsi ne risqueront jamais de s'échapper par la plaie.

Entre ces deux moyens, à l'appui desquel

on peut citer de graves autorités, je pense qu'on doit donner la préférence au premier, parce que le second produit souvent un grand trouble au malade, en laissant dans la gorge un corps étranger, qui, laissé dans la bouche, est beaucoup plus incommode que ne le dit PELLETAN, par la sensation désagréable qu'il cause à la base de la langue; d'ailleurs, la préseuce de la sonde dans une partie blessée, déjà irritée, doit non-seulement causer une grande gêne, mais encore joindre une nouvelle irritation à celle qu'a déjà produite le corps étranger qui a été retiré, et par là, faire augmenter l'inflammation au-delà du degré convenable pour qu'elle soit adhésive. On pourrait peut-être encore craindre que la sonde de gomme élastique, en éloignant un peu les parois de l'œsophage, ne facilitât la séparation des lèvres de la plaie.

Le jeûne de quarante ou quarante-huit heures n'a aucun de ces inconvéniens, et se trouve également indiqué pour contenir l'inflammation dans de justes limites. La soif qui pourrait tourmenter le malade, plus que la faim, s'appaisera en partie, en lui faisant mâcher un corps dur, comme le noyau d'un fruit, ou quelque chose de semblable, capable de pro-

voquer la sécrétion de beaucoup de salive, ou en lui recommandant de tenir de l'eau pure, dans la bouche sans l'avaler (1).

Si des circonstances particulières ne permettent pas de laisser le malade aussi longtemps sans nourriture, on peut adopter les lavemens nutritifs, etc. etc. et enfin si ce dernier moyen ne pouvait être employé, les gelées, les bouillons, les jaunes d'œufs dans le bouillon ou dans l'eau, le lait donné en très-petite quantité pourraient être administrés de temps en temps (2). Il n'est pas démontré que ces substances puissent absolument empêcher la réunion par première intention, parce qu'à très-petites doses, elles n'écarteront pas assez les parois de l'œsophage pour rouvrir la plaie et

---

(1) Il doit être fort difficile à un homme qui a soif de ne pas avaler de l'eau, qui au reste étant avalée ne causera guères de retard dans la guérison de la plaie; mais ce qui contribuera efficacement à diminuer la soif, seront des lavemens légérement nitrés, mucilagineux, tièdes ou froids, et fréquemment répétés; on y joindra des bains tièdes généraux prolongés, et des fomentations tièdes ou des lavages presque froids et légèrement acidulés. (Ch. G. P.)

(1) Si l'on ne veut pas courir les chances de la soif, les alimens devront n'être point salés. (Ch. G. P.)

sortir par là ; parce qu'en administrant ces alimens, on peut mettre d'assez grands intervalles qui, sans aller à quinze ou vingt heures, permettraient cependant à la plaie de contracter une légère adhésion ; parce qu'enfin, si l'on n'obtient pas la réunion par première intention, on l'obtiendra secondairement après l'établissement de la suppuration. De la même manière qu'une plaie de l'urêtre, lorsqu'elle n'est pas accompagnée de rétrécissement de ce canal, se guérit très-bien, quoique l'urine y passe toutes les fois que le malade expulse ce fluide, de même la plaie de l'œsophage se guérira, quoique, de temps en temps, il y passe quelques gouttes de bouillon, de lait, ou quelques particules de gelée. Je ne comprends pas, en vérité, comment un chirurgien respectable, le professeur Richerand, a pu écrire que : « les boissons dont il « ferait usage sortiraient par la plaie et ren- « draient la réunion impossible. »

L'extrême facilité qu'on a de pratiquer l'œsophagotomie par la méthode qui vient d'être proposée, avec laquelle, comme nous l'avons vu, on évite avec sûreté la carotide, la jugulaire, la huitième paire, le grand sympathique et enfin le nerf récurrent ; avec laquelle on ne rencontre aucune difficulté dans l'incision de

l'œsophage, parce que ses parois sont tendues, et éloignées l'une de l'autre, de manière à ne point craindre de toucher la postérieure, et à ne jamais rester dans le doute, si l'on a pénétré ou non dans la cavité de ce canal; cette facilité doit apporter, comme je l'ai déjà dit, un changement complet dans la plupart des principes relatifs à l'œsophagotomie, qu'ont donné les auteurs les plus distingués, et qui sont généralement reçus dans les écoles européennes.

Ainsi je crois que, lorsqu'un chirurgien sait qu'il est resté dans l'œsophage un corps étranger, de nature à n'être point poussé dans l'estomac, sans courir quelque danger important, il doit, après avoir fait quelques tentatives pour l'extraire, qui ne soient ni trop fortes ni trop prolongées, recourir, sans hésiter, à l'œsophagotomie.

Il paraîtra, peut-être, étonnant que je conseille de légères tentatives, et d'insister peu sur les moyens d'extraire le corps étranger, lorsque les exemples de semblables extractions ne sont pas rares, après des essais prolongés, variés et répétés; lorsque plusieurs instrumens de formes si variées ont été imaginés, proposés et employés par les chirurgiens de toutes les nations et de tous les âges; mais la surprise

cessera lorsqu'on voudra écouter la raison et l'expérience. Celle-ci a montré que les tentatives, faites pour extraire de semblables corps, n'ont souvent produit d'autre effet, que de les faire tomber dans l'estomac (chose toujours dangereuse, comme on l'a dit, dans le cas que nous supposons); dans d'autres occasions le corps n'est pas tombé dans l'estomac, mais s'est, au contraire, plus profondément fixé dans les parois de l'œsophage, enfin après des tentatives répétées, douloureuses et très-fatiguantes, les praticiens les plus instruits et les plus adroits ont dû renoncer à l'idée de l'extraire, en suivant ce procédé.

Le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'expérience. En effet, si nous voulons examiner la chose avec une scrupuleuse attention, nous verrons que les corps aigus plantés dans l'œsophage peuvent avoir leur extrémité libre, c'est-à-dire, celle qui n'a point pénétré dans les parois du canal, tournée en haut, et l'autre en bas et *vice versa;* ou qu'ils peuvent avoir une position transversale, avec les deux extrémités fixées dans l'œsophage. Dans la première position, qui est, peut-être, la plus commune, l'instrument, quelque soit celui qu'on adopte, peut facilement rencontrer l'extrémité libre du

corps étranger, le pousser devant soi de haut en bas et l'enfoncer ainsi plus profondément. Alors on risque, non-seulement, d'offenser les parois du conduit, qui, par leur peu d'épaisseur, sont promptement traversées, mais encore les parties voisines, parties très-intéressantes, dont la lésion est d'autant plus à craindre, qu'au col il est question des carotides, des jugulaires, de la trachée artère, des nerfs grand sympathique et de la huitième paire, que dans la poitrine on peut rencontrer l'aorte, la veine cave, la trachée-artère, des plexus nerveux formés par la paire vague, le grand sympathique, et enfin qu'on peut donner lieu à un abcès dans le médiastin postérieur, abcès que chacun sait être accompagné de grands dangers.

Dans la position opposée, il est très-facile que le corps étranger soit poussé dans l'estomac, dans le moment où l'instrument passe par l'œsophage, pour aller au-dessous du point où il s'est fixé ; c'est précisément ce que l'on voudrait éviter.

Dans la supposition de la situation transversale, l'instrument peut pousser ce corps vers l'estomac en descendant, plutôt que de le retirer lorsqu'il remonte ; il peut, de plus, arri-

ver dans l'une et l'autre supposition, que le corps étranger offense gravement l'œsophage, soit en descendant vers l'estomac, soit en remontant pour sortir par la bouche.

Le chirurgien, avant de commencer ses tentatives, ignore tout-à-fait comment se sont fixés ces corps, et quelle est leur position précise, tout au plus connait-il leur forme : avec tant de probabilités de nuire, et si peu de réussir, comment pourrai-t-il jamais avoir le courage de continuer ses efforts? . . .

Ceci doit s'entendre des corps menus et très-aigus ; mais s'ils sont plus volumineux, et nuisibles à cause de leurs inégalités, ou par leurs qualités chimiques, le danger est encore plus grand, puisque les instrumens (que ce soit le brin de baleine, la sonde de gomme élastique garnie d'éponge ou de nœuds coulans, les crochets ou les pinces de toutes les espèces, l'éponge sèche liée à un fil et poussée au-dessous du corps étranger avec la baleine, ou par les mouvemens qui servent à la déglutition) rencontreront probablement le corps en descendant, vu l'étroitesse du lieu, et le fixeront toujours plus dans les paröis de l'œsophage, ou le feront tomber dans l'estomac.

Supposons qu'il soit question d'un gros mor-

ceau de verre inégal et ayant des aspérités, d'une portion de lame de couteau, ou d'une paire de très-petits ciseaux, comme je l'ai vu, ou d'un corps vénéneux. Dans ces cas, je n'hésiterai pas un instant à pratiquer l'œsophagotomie, quoique je n'ignore pas que des corps semblables sont tombés spontanément, ou ont été poussés dans l'estomac, et ont parcouru ensuite tout le tube intestinal, sans tuer ou causer de grands maux; car il est très-sûr aussi, que la mort ou de graves infirmités en ont été la conséquence, dans plusieurs autres occasions, et qu'il serait fort imprudent de se fier aux ressources de la nature, ressources très-incertaines dans ces cas, plutôt que de recourir à une opération d'une exécution facile, par le procédé que j'ai décrit, et que la théorie et l'expérience s'accordent à nous montrer comme peu dangereuse.

C'est un faux principe que celui qui conseille de retarder l'opération, dans les circonstances que je viens d'indiquer, tant que la respiration et la déglutition ne sont pas troublées ou rendues impossibles, dans l'espérance que le corps tombera spontanément dans l'estomac, ou qu'il sera rejeté au dehors par la bouche. Il peut arriver qu'il ne tombe point, et si la chute a lieu, les circonstances dans lesquelles se trouve le

malade ne sont pas améliorées, parce qu'il reste encore mille dangers à surmonter. Il faut peu compter sur sa sortie par la bouche, puisque les instrumens connus en chirurgie pour extraire ces corps, peuvent facilement, comme nous l'avons dit, produire l'effet contraire, et les fixer, de plus en plus, dans les parois du conduit et dans les parties voisines, offenser les nerfs et les vaisseaux qui l'environnent.

Le vomissement qu'on fait naître, par l'injection du tartre émétique dans les veines, ou en irritant la base de la langue et le voile du palais avec une plume, ou les intestins avec la fumée de tabac, est encore un moyen plein de dangers, quoiqu'il ait été utile dans quelques cas; les contractions de l'œsophage, qui suivent le vomissement, peuvent quelquefois forcer le corps à s'enfoncer plus profondément dans ses parois; et si, par sa figure et son volume, ce corps est capable d'opposer une forte résistance au passage des matières rejetées, l'œsophage peut se déchirer entre l'estomac et le corps arrêté; ce déchirement toujours mortel n'est pas sans exemple dans les vomissemens violens.

Il me paraît donc, à cause de ces raisons, que le chirurgien, dans les suppositions indiquées, doit recourir à l'œsophagotomie, si dans

les premières et légères tentatives pour l'extraction il ne réussit pas à ramener le corps étranger par la bouche. S'il en agit autrement, il pratiquera l'opération dans des circonstances beaucoup plus fâcheuses, il rendra par sa faute l'opération grave, car une fois l'inflammation et l'engorgement établis dans l'œsophage et les parties voisines, leur incision sera plus difficile, plus douloureuse et plus dangereuse. L'introduction de la pince ou du doigt, pour l'extraction du corps étranger, sera beaucoup plus pénible pour le malade, et il sera probablement beaucoup plus difficile pour le chirurgien de le rencontrer, au milieu des parties tuméfiées et malades. La réunion de la plaie par première intention sera impossible dans ces circonstances, et nous aurons ensuite à combattre une maladie infiniment plus dangereuse, qui, tout au moins, exigera un temps beaucoup plus long pour se guérir.

Je condamne également et je voue à l'oubli le conseil, que quelques chirurgiens ont donné, de recourir à la trachéotomie (comme l'a fait HABICOT) lorsque le corps étranger, arrêté dans l'œsophage, est capable de comprimer la trachée et de menacer de suffocation. Cette manière de faire était certainement excusable,

lorsqu'on ne savait pas inciser l'œsophage avec sécurité, et qu'on voulait apporter un soulagement au fâcheux accident de la suffocation; mais outre que la trachéotomie ne peut délivrer le malade de l'étouffement, que dans le cas où le corps étranger s'est fixé dans la partie de l'œsophage qui correspond au col; cette opération est même alors tout à fait inconvenante, car le corps, en restant en place, menace toujours l'existence du malade, tandis que l'œsophagotomie procure le rétablissement de la respiration, comme la trachéotomie, et délivre de la présence de ce corps qui peut causer tant d'accidens.

Je ne saurais non plus approuver le conseil que donnent quelques chirurgiens, de pratiquer la trachéotomie avant l'œsophagotomie, pour que le malade ne reste pas suffoqué; la seconde opération n'exige que peu d'instans de plus que la première pour être terminée, et la respiration se rétablit aussi-tôt que le corps qui l'empêchait est extrait. Le seul cas dans lequel le chirurgien pourraît être autorisé à suivre ce conseil, serait celui où il trouverait le malade avec la respiration assez gênée, pour faire craindre de le voir suffoquer dans peu de minutes.

C'est encore un précepte digne de blâme, de ne pas essayer l'extraction des corps étrangers pas l'œsophagotomie, s'ils ne gènent pas gravement la respiration, ou s'ils n'empêchent pas entièrement la déglutition, précepte donné par les chirurgiens les plus chauds partisans de l'œsophagotomie. Peu de réflexions suffiront pour montrer, que des corps arrêtés dans l'œsophage, peuvent causer de graves accidens, la mort même, sans offrir jamais de grands obstacles à la respiration ou à la déglutition. L'irritation et l'inflammation qui en dérivent sont très-communes, elles entrainent souvent les plus tristes conséquences, et la mort: une fois ce sera un vaste abcès ou la gangrène, une autre fois ce sera le trismus, le tetanos ou d'autres symtômes nerveux de cette nature; et si les malades survivent à de si fâcheux accidens, ils ne sont pas pour cela à l'abri de tout danger. Il ne manque pas d'exemples de retrécissemens de l'œsophage survenus par cette cause, qui ont amené ensuite la consomption et la mort; et peut-être rencontre-t-on encore plus souvent des cas dans lesquels, comme nous l'avons déjà dit, ces corps étrangers se sont fixés dans l'œsophage, en produisant peu d'inconvéniens, et se sont ensuite transportés dans d'autres or-

ganes essentiels à la vie, où ils ont causés de grands maux.

Il ne mérite pas moins de blâme le conseil que donnent de célèbres auteurs, de ne pratiquer l'œsophagotomie, que lorsque l'inflammation, la suppuration, et les symtômes nerveux sont devenus très-grâves, afin de ne pas faire une opération qui n'aurait peut-être pas été nécessaire; ils s'appuient pour cela de plusieurs observations, d'où il résulte, comme nous l'avons déjà vu, que ces accidens ne paraissent pas toujours. Mais l'état du malade s'agrave beaucoup en attendant, lorsque l'œsophage est enflammé, que les parties voisines se sont tuméfiées, et sont devenus plus sensibles. Nous n'avons peut-être jamais, en chirurgie, la sûreté de ne pas faire inutilement une opération, mais nous ne prenons ce parti, que lorsqu'il nous paraît qu'il n'y a pas de probabilité de surmonter la maladie par d'autres moyens, et lorsque, suivant toutes les règles de l'art, les dangers qui résultent de nos opérations sont moins graves, que ceux qui résultent de la maladie que nous nous proposons de combattre. En effet, on lie les artères pour guérir les anevrismes, quoiqu'il ne manque pas d'exemples de guérison spontanée de ces

affections. On fait l'opération de la hernie étranglée, quoiqu'il soit plus d'une fois arrivé de voir rentrer les viscères étranglés, dont la réduction paroissait impossible, et dans le moment où tout était préparé pour l'opération. N'a-t-on pas vu accoucher naturellement des femmes, dont le bassin était assez mal conformé, pour que, suivant toutes les règles de l'art, on dût croire qu'il faudrait recourir à l'opération césarienne, ou à la symphyséotomie? N'a-t-on pas vu de très-graves affections des grandes articulations, dans lesquelles l'amputation paraissait indispensable, se guérir sans recourir à cette terrible opération?

Il est donc certain qu'en suivant mes conseils, le chirurgien s'expose à pratiquer l'œsophagotomie, dans quelques cas où le malade aurait pu guérir sans elle, et sans courir la chance d'accidens fâcheux; mais aussi, comme la condition d'un grand nombre de malades s'empirerait en différant, comme la maladie est en général grave, et l'opération peu dangereuse, je pense qu'il vaut mieux s'exposer au premier inconvénient, pour éviter un danger très-probable. Enfin pour éloigner autant que possible le danger de heurter contre un de ces deux

écueils, c'est-à-dire, de faire une opération inutile, ou de la faire trop tard, lorsque les circonstances la rendent très-dangereuse ; il convient, je pense, de réfléchir attentivement à la nature du corps étranger, et aux signes qui indiquent le point où il s'est arrêté.

S'il était question d'une grosse portion de lame de couteau, ou d'un grand morceau de verre inégal ou tranchant, d'un morceau d'arsénic ou de sublimé, ou d'autres substances dangereuses par leurs propriétés chimiques ou physiques, sans hésiter un instant, lors même qu'il n'y aurait pas d'accidens, je pratiquerais l'œsophagotomie.

Mais si au contraire il était question d'une épingle, d'une portion de clou, d'un petit morceau de verre, d'une petite esquille d'os peu aigue, de l'un de ces corps, en un mot, que l'observation journalière montre être rarement cause d'accidens sérieux ; si ces corps ne portaient aucune atteinte grave aux fonctions de l'œsophage et de la trachée, et surtout si tous les indices s'accordaient à faire croire qu'ils se sont arrêtés dans la partie de l'œsophage qui est renfermée dans la poitrine, alors je suspendrais l'opération, non pas jusqu'à l'époque où il se développerait de grands acci-

dens, mais jusqu'à ce qu'ils s'annonçassent; attendre jusqu'à ce moment me semble prudent, parce qu'il est très-vrai que, dans ce cas, nous ne pouvons pas autant compter sur l'opération, que lorsque le corps étranger est fixé au col; devant agir sur une partie que ni l'œil, ni le doigt ne peuvent atteindre, il n'est pas toujours facile de saisir avec la pince un corps, dont on n'a pu déterminer la forme et la position, ni par la vue, ni par le toucher. Dans ces circonstances, on court non-seulement le risque de faire une opération peut-être inutile, mais encore le risque bien plus grand de la pratiquer sans obtenir le résultat désiré, et tout cela pour prévenir des symptômes qui peuvent ne pas se présenter. C'est pourquoi l'opération ne convient pas dans de semblables circonstances, à moins qu'il ne se soit manifesté des accidens allarmans, tels que l'impossibilité d'avaler, la difficulté de respirer, des affections nerveuses comme les soubresauts, le trismus, le tetanos, etc., etc. Alors quoique l'opération puisse être sans utilité, il est évident qu'il vaut mieux courir les chances d'une opération peu grave, que celles qui résultent de la présence du corps étranger; cependant des chirurgiens très-habiles n'admettent pas même dans ce cas l'œso-

phagotomie, à cause de la gravité des dangers qu'on court, en incisant ce canal par les méthodes connues jusqu'à ce jour. Mais la méthode que je propose éloignant complétement ces inconvéniens, la chose ne pourra plus être mise en question.

D'après tout ce qui a été exposé, je me crois autorisé à conclure : 1.° que l'œsophagotomie, par la méthode que j'ai décrite, est une opération facile ; 2.° que par son moyen on ne peut blesser ni la carotide, ni la jugulaire, ni même les thyroïdiennes (qui cependant pourraient être liées sans inconvénient), ni le grand sympathique, ni la huitième paire, ni le récurrent; 3.° qu'une simple incision longitudinale de l'œsophage ne saurait être dangereuse; 4.° que le séjour dans ce canal des corps étrangers, capables de nuire par leurs propriétés chimiques ou mécaniques, est beaucoup plus grave que l'opération, soit qu'ils restent dans ce conduit, soit qu'ils tombent dans l'estomac, ou qu'ils parcourent les intestins; 5.° qu'enfin le chirurgien ne doit pas hésiter à opposer à un accident aussi dangereux, une opération peu importante.

Malgré ces raisons, je pense bien que quelques chirurgiens, habitués jusqu'à présent à

regarder l'œsophagotomie comme très-redoutable, auront de la peine à renoncer à ce préjugé pris dans les écoles, enraciné dans leur esprit avec les années, et qu'ils ne pourront jamais se décider à ouvrir ou inciser l'œsophage, lorsqu'il n'existe pas encore d'accidens graves, dans la seule idée de les prévenir; mais j'espère qu'il n'y en aura aucun, qui craigne de l'entreprendre, lorsqu'ils seront survenus, avec le secours du dilatateur de l'œsophage, qui, comme nous l'avons démontré, met le malade dans des circonstances plus favorables, que celles que les chirurgiens les plus timides ont regardé comme propres à rendre l'œsophagotomie exécutable avec succès.

J'attribue donc à la méthode que je propose de grands avantages; mais comme ce serait une vraie folie de ne pas se défier de son propre jugement dans les choses qui nous appartiennent (car les auteurs ont pour leurs ouvrages l'indulgence des pères pour leurs enfans), j'attendrai l'avis de mes savans confrères pour savoir si j'ai vraiment réussi.

NOTES.

A.

Cette opération est difficile, mais il vaut mieux l'entreprendre, que d'avoir le déplaisir de voir mourir le malade. V. *Verduc path. chirug.*

Guattani, en rapportant cette opinion de Verduc, ajoute : je suis entièrement de son opinion. La structure anatomique de la partie sur laquelle se doit faire l'œsophagotomie fait connaître qu'on peut la pratiquer. *Voy. Mém. de l'acad. de chirug. tom. III, pag.* 355.

Si le corps étranger fait une tumeur au col, on doit couper sur la tumeur même, comme cela a été fait dans les cas que nous avons rapportés. Quand il n'y a point de tumeur, le malade, par les douleurs, les piqûres qu'il sentira à une hauteur déterminée dans l'œsophage, pourra indiquer l'endroit où est arrêté le corps étranger, et on pourra encore mieux le reconnaître en comprimant la trachée-artère. (Après avoir décrit le mode opératoire, Bertrandi ajoute :) J'ai

répété quelquefois avec succès sur les animaux les expériences de Guattani. Cette opération ne me paraît pas très-difficile, même chez l'homme. Je conseillerais cependant de s'exercer sur les cadavres, pour l'entreprendre avec plus de sûreté sur les vivans, et de la faire, si elle devenait l'unique remède possible. Il y a dans les opérations un certain hasard qui ne nous favorise pas toujours. Combien de fois ne voit-on pas les opérations les plus légères avoir des suites funestes, par des circonstances malheureuses qu'on ne pouvait pas prévenir ; et d'autres, très-graves par elles-mêmes, se terminer, cependant, avec tout le succès possible, contre l'opinion commune. *Voy. Traité des opér. de Chirurg. par* BERTRANDI, *pag.* 424 *et suiv.*

Quand un corps volumineux, arrêté dans l'œsophage, comprime le passage de l'air, il convient de commencer par la Bronchotomie, pour que le malade ne soit pas suffoqué, et si le corps étranger est fortement fixé, ou qu'il ait des propriétés nuisibles qui empêchent de le chasser dans l'estomac, on peut chercher à l'extraire, en ouvrant l'œsophage, ouverture dont nous parlerons plus loin. MONTEGGIA, *Instit. de Chirurg. part. III, leçon II, pag.* 129.

Mais toutes les fois que l'oblitération de l'œsophage est assez complète, pour empêcher le passage des alimens dans l'estomac, ou lorsqu'il en résulte que la respiration est fortement gênée, s'il n'est pas possible d'ébranler la cause obstruante par d'autres moyens, il convient de décider si l'on doit tenter de l'extraire par une incision. Comme l'œsophage est situé profondément, couvert par la trachée, et qu'il est environné de vaisseaux sanguins considérables, on a toujours regardé avec raison qu'il était dangereux d'y faire une ouverture, et, en général, on a regardé comme une maxime solidement établie de ne l'essayer jamais.

Mais, quoique aucun praticien ne croie convenable d'exécuter cette opération sans quelque raison importante, cependant, dans les circonstances que nous avons indiquées, lorsque le malade court un grand danger, par la suppression du passage des alimens dans l'estomac, ou de celui de l'air dans les poumons, l'opération de la bronchotomie que nous avons exposée dans le chapitre précédent, n'apportant qu'un soulagement passager, il sera certainement préférable d'exposer le malade au danger de ce remède, quoique

incertain, plutôt que de l'abandonner misérablement, avec la certitude d'une terminaison inévitablement fatale.

Malgré le préjugé universel contre cette opération, nous croyons avoir des raisons suffisantes et fondées de la recommander, dans les cas d'obturation de l'œsophage qui ne peuvent pas être guéris autrement. *Voy. Traité de Chirurg. de B.* BELL, *tom. III, pag.* 281 *et suiv.*

Mais si ce corps (celui qui est arrêté dans l'œsophage), était solide et angulaire, s'il n'était ni possible de l'extraire par la bouche, ni permis de le pousser dans le ventricule, et que d'ailleurs il bouchât entièrement le canal de l'œsophage, alors on pratiquerait l'œsophagotomie; et s'il comprimait aussi la trachée, au point de menacer de suffocation, on ferait d'abord la laryngotomie pour prévenir cette dernière, ensuite l'œsophagotomie, pour extraire le corps. Car on pourrait considérer comme coupable tout chirurgien qui, dans ces cas désespérés, abandonnerait, par son inaction, les malades à une mort certaine, quoiqu'il puisse arriver qu'ils meurent après l'opération, parce qu'on a des exemples d'un heureux suc-

cès de l'œsophagotomie, dans le troisième volume des mémoires de l'Académie de Chirurgie ; et d'ailleurs, les plaies de l'œsophage sont assez susceptibles de guérison, pour qu'un chirurgien, versé dans l'anatomie, puisse faire cette opération sans aucun risque. *Voyez Elémens de Méd. opér. par M. Rossi, tom. II, pag.* 76.

Les cas, dans lesquels le chirurgien est autorisé à pratiquer cette opération (l'œsophagotomie), sont de trois espèces : 1.° Quand le corps étranger, existant dans l'œsophage, ne peut, en aucune manière, être ni extrait, ni poussé en bas. 2.° Quand sa présence cause des accidens pressans et violens. 3.° Quand il est fortement retenu dans la partie supérieure de l'œsophage.

Le Chirurgien se déterminera plus facilement pour cette opération, lorsque le corps arrêté dans l'œsophage sera d'un volume (par exemple une pomme) tel, qu'en le distendant, il produise une tumeur extérieurement sensible au chirurgien, qui le dirige dans l'opération, et en rende beaucoup plus facile la terminaison heureuse. *Voy. Elémens de Chirurg. de Richter, vol. IV, p.* 191 *et suiv.*

Donc, dans le cas d'un corps étranger qui

de l'œsophage ne peut être précipité dans l'estomac, il vaut mieux entreprendre cette opération, quelque hasardeuse qu'elle paraisse, que d'exposer le malade à périr de suffocation. *V. nouv. doct. chirurg. par* LEVEILLÉ. *tom. III, pag.* 414.

Œsophagotomie, (de οισοφαγος, et τεμνω je coupe), *œsophagotomia.* Cette opération consiste dans l'incision de l'œsophage, afin d'en retirer les corps étrangers qui y sont renfermés, et qui ne pouvant être ni extraits par la bouche, ni poussés dans l'estomac, donneraient lieu par leur séjour prolongé dans ce conduit à des accidens funestes.

L'œsophage étant profondément situé et couvert de parties très-importantes, telles que la trachée, des nerfs et des vaisseaux sanguins considérables ; toute opération, ayant pour but d'y faire une ouverture, a toujours été considérée comme extrêmement dangereuse, et même, pendant long-temps, totalement proscrite. Cependant, quoique tout praticien rationel convienne que l'on ne doit jamais y recourir sans quelque motif très-urgent, s'il arrivait qne le conduit fût tellement bouché par quelques corps étrangers, que les alimens ne pussent absolument pas

parvenir dans l'estomac, ou si encore la même cause s'opposait à la respiration, au point de mettre la vie dans un danger imminent; nul doute alors qu'il ne fallût préférer la chance incertaine de l'opération à une mort inévitable, en ne la pratiquant pas.

L'on a plusieurs exemples de blessures accidentelles de l'œsophage, dont l'issue a été heureuse. M. B. BELL a vu un homme qui, voulant se détruire en se coupant la gorge, parvint au travers de la plus grande partie de la trachée jusque dans l'œsophage. BOHNIUS rapporte un cas semblable, dans lequel le passage des alimens et des boissons au travers de la blessure, indiquait manifestement la lésion de ce conduit. Ces deux malades guérirent : les auteurs nous ont transmis plusieurs exemples pareils. *Voyez S. COOPER, diction. de chirurgie pratique.*

B.

SABATIER, dans sa médecine opératoire, vol. 3, pag. 20, en parlant des essais à faire pour débarrasser l'œsophage des corps étran-

gers, écrit : » Ce qui vient d'être dit suppose que la suffocation produite par le corps arrêté dans l'œsophage n'est pas excessive, que ce corps, dont la figure anguleuse est connue, peut-être déplacé, et qu'il ne fait pas saillie au dehors. S'il est d'un gros volume, et que la pression qu'il exerce sur la trachée artère intercepte la respiration, comme dans l'un des cas rapportés d'après Habicot, dont il va être fait mention à l'article qui suit, on ne peut se dispenser de pratiquer la bronchotomie, après laquelle on se servira des moyens propres à le retirer ou à le pousser dans l'estomac. Si, quoique d'un volume moindre, il est fortement retenu dans le lieu qu'il occupe, et qu'il fasse saillie au-dehors; il est possible d'en débarrasser le malade, en faisant au cou une ouverture qui pénètre jusqu'au dedans de l'œsophage, et qui permette de l'extraire. »

Callisen, à l'article *œsophagotomia*, t. II. pag. 343, s'exprime ainsi : *Œsophagotomia per se quidem haud letalis est, quod vulnera œsophagi et experimenta in brutis et hominibus facta docent, cùm tamen semper sit magni momenti ac difficilis, nervus recurrens, arteria carotidis, vena jugularis, et vasa*

thyroïdea, sub operatione lœdi possint, vix indicata videtur, nisi œsophagus a corpore alieno extensus externe promineat ; si autem aliter se res habent, prœstat forsan tracheotomia suffocationis periculum avertere, clysmatibus nutrientibus et balneis corpus reficere, et solutionem eductionemque corporis alieni a naturœ viribus exspectare.

Ch. Bell, dans son traité de chirurgie opératoire, trad. de M. *Borovero*, dans le premier volume, à la page 9, décrit l'œsophagotomie comme une opération des plus graves. Il assûre n'avoir jamais vu un cas, qui pût autoriser à pratiquer une opération aussi grave, ou seulement à en concevoir la possibilité.

Richerand s'exprime ainsi dans sa Nosographie : « Lorsqu'un corps étranger, trop volumineux, ne peut être ni ramené, ni repoussé au delà du lieu qu'il occupe, l'incision de l'œsophage a été proposée pour l'extraire. Il faudrait, dit-on, choisir le côté gauche du col, parce que, de ce côté, l'œsophage dépasse un peu la trachée-artère, laisser la carotide au-dehors avec le paquet des vaisseaux et des nerfs jugulaires. En dedans seraient la trachée artère et le nerf recurrent,

dont la section pourrait entraîner l'altération ou l'affaiblissement de la voix. L'incision commencerait au-dessous de l'artère thyroïdienne supérieure, et se terminerait au-dessus de la thyroïdienne inférieure. Mais quelqu'exactes que puissent être les connaissances anatomiques de l'opérateur, les risques qu'une semblable opération ferait courir, sont trop grands, pour qu'on dût la pratiquer. Si la dilatation de l'œsophage était portée au point qu'il formât une tumeur saillante sur les parties latérales du col, on inciserait sur elles avec d'autant plus de hardiesse, que ce canal aurait, en se dilatant, écarté les vaisseaux dont la lésion est à craindre; l'emploi d'une sonde à dard ou de tout autre instrument analogue, avec lequel on percerait l'œsophage de dedans en dehors, serait plus dangereux encore que l'incision extérieure faite sans guide.

Jourdan, à l'article *Œsophagotomie* du Dictionnaire des sciences médicales, dit : « Quoiqu'il en soit de tous ces raisonnemens, les risques d'une opération semblable doivent en détourner ceux même des opérateurs, dont les connaissances anatomiques seraient les plus exactes. Les circonstances, qui seules

pourraient autoriser à l'entreprendre, exiger même qu'on la pratiquât, seraient l'inamovibilité absolue du corps étranger, l'imminence de la suffocation, ou l'impossibilité totale d'avaler, la situation du corps étranger à la partie supérieure de l'œsophage (lieu où, du reste, on a coutume de l'observer); mais principalement l'existence d'une tumeur formée par sa saillie sur les parties latérales du col. »

C.

Au mois de Mai 1738, M. GOURSAUD, chirurgien à Coussat-Bonneval, en Limousin, fût appelé pour secourir un homme qui avait avalé un os d'un pouce de longueur, et six lignes de largeur. M. GOURSAUD fit différentes tentatives pour faire descendre ce corps étranger dans l'estomac; mais n'ayant pu y réussir, et l'os se faisant sentir sous le doigt, du côté gauche, il se détermina à faire une incision sur l'endroit où était le corps étranger, pour en faire l'extraction. L'incision étant faite, l'os fut tiré facilement; il n'y eut aucun accident, un simple bandage unissant procura une guérison

prompte. On observa de ne donner au malade aucun aliment pendant six jours, et l'on tâcha d'y supléer par des lavemens nourrissans. Pareille opération a été faite avec le même succès, par M. Rolland, chirurgien-major du régiment de Mailly. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, tom. III, p. 1.

Une personne se poussa dans la gorge par la bouche une pipe à fumer; il en resta un morceau, qu'on sentait extérieurement sous la peau dans la partie moyenne et latérale du col; on y fit une incision, par laquelle il sortit avec le plus heureux résultat. *Élem. de Chirurgie de Richter*, tom. IV, p. 190.

D.

Garengeot fut appelé pour voir un homme qui s'était fait, avec un rasoir, un grande plaie transversale, de huit travers de doigt de longueur, entre les cartilages thyroïde et cricoïde; la partie supérieure de la trachée artère fut entièrement coupée, l'œsophage fut divisé dans plus de la moitié de son diamètre; tous les muscles de la partie antérieure du col, et la

veine jugulaire externe gauche furent aussi totalement coupés. La section de tous ces muscles faisait que la tête du blessé était fort renversée en arrière, et que les lèvres de la plaie étaient très-éloignées l'une de l'autre. Il ne survint que très-peu d'accidens, et la guérison du blessé fut parfaite le dix-huitième jour.

Poncenard raconte le cas suivant : Des voleurs attaquèrent un homme dans un bois, et lui coupèrent la gorge ; la trachée artère fut totalement divisée, la partie supérieure de l'œsophage fut presque tout-à-fait coupée, car il ne restait que la portion postérieure de ce canal qui est collée sur les vertèbres du col ; les muscles sterno-hyoïdiens, ou bronchiques, un des muscles sterno-mastoïdiens, les jugulaires externes, et quelques autres vaisseaux furent aussi entièrement coupés ; de sorte que cette énorme plaie, qui pénétrait jusqu'aux vertèbres, avait environ dix travers de doigt de longueur. La tête du blessé se jetait si fort en arrière, que les deux extrémités de la trachée artère étaient éloignées de cinq grands travers de doigt ; les lèvres de la plaie étaient très-gonflées, et pleines d'écume. Cette plaie fut guérie le vingt-unième jour. *Mémoires de l'Ac. de Chirurgie*, tom. I, p. 588, et suiv.

E.

Benedictus BONACURTIUS, *phisicus et chirurgus, curavit quemdam carceribus detentum qui sibimet ipsi guttur, qua parte tracheam arteriam spectat, ferro vulneravit, digitoque vulnus tantoperè ampliavit, ut per ipsum alimenta, et medicamenta ad os usque transmitterentur, sanatus tamen hic est paucis diebus. V.* SCHENC. *obs. med. lib. III, p.* 301.

F.

Un jeune Savoyard ayant amassé quelques pistoles à Paris, en faisant son métier de ramoneur, s'en retournait au pays avec un camarade. Celui-ci, tenté de le voler, lui donna un coup de couteau au-devant de la gorge, à une assez grande profondeur, pour atteindre l'œsophage, qui fut ouvert.

Le blessé, porté à l'Hôtel-Dieu, n'éprouva pas d'accidens graves; les boissons passaient par la plaie, mais en petite quantité, et sans exciter la toux. Le malade parvenait même à éviter ce passage, en s'inclinant à droite pen-

dant qu'il buvait. La plaie de la trachée artère au-dessus du larynx laissait aisément échapper l'air,e sang et les mucosités. Bref, on ne peut guère voir une plaie de ce genre entrainer moins de gravité ; cependant elle fut six semaines à se cicatriser, quoique les boissons eussent cessé de sortir par la plaie dès le quinzième jour.

Un homme, âgé d'environ trente ans, mélancolique, ou ayant des causes de chagrin particulières, se donna un coup de couteau à la partie antérieure du cou,avec une telle force, qu'il coupa la trachée artère et l'œsophage, au-dessous du larynx. Les alimens solides et les boissons, s'échappaient également par la plaie. Cependant la jeunesse et la force du sujet me donnant l'espoir de le guérir, mon premier soin fut de lui faire passer des boissons artificiellement. A cet effet, j'introduisis sans peine une canule de gomme élastique dans l'œsophage, et j'injectai de la boisson. Cette petite manœuvre réussit, au point que nous en usions autant de fois que le malade avait besoin de boire, et depuis le premier essai rien ne sortit par la plaie de l'œsophage.

Les soins particuliers employés au traitement de la plaie de la trachée-artère réussirent

également bien, et je n'ai jamais vu un blessé de ce genre guérir aussi simplement ; cependant la cicatrice ne fut faite qu'au bout de deux mois. PELLETAN, *Clin. Chir.* vol. I, page 38, et suiv.

G.

Quoties igitur œsophagi percussio levior est partibus prædictis, quæ juxta sunt integris adhuc existentibus; dubium neutiquam est, quin curari non nunquam eadem possit. Inst. Chirurg. Laur. HEISTERI, *vol. I, p.* 114.

Insanabile est vulnus si totus stomachus discissus fuit. Aegro levamentum præstari potest, si mediante infundibulo juscula in vulneratum stomacum immittantur. Ubi vero in stomacho vulnus est, idque hiat, necessarium est capus inclinari, et fasciam ad pectus adduci, quâ oræ vulneris attrahantur. Cum autem vulnus, nisi purgatum sit, glutinari nequeat, illud famem sitimque desiderat..... ne etiam ægrum, qui nullum cibum accipit, fames perdat, is nutriri potest jusculis quæ in alvum immituntur. Jnst. Chir. Nat. Jo. Gu. PLATNER, *p.* 223.

Le col est composé de parties dont les plaies méritent une attention particulière. Les blessures de quelques-unes de ces parties, et en particulier celles des artères carotides sont mortelles ; les autres ne le sont pas toujours. Quoique celles de l'œsophage et de la trachée artère soient très-dangereuses, néanmoins on en guérit assez souvent, surtout quand ces deux parties n'ont pas été ouvertes en même temps. *Principes de Chirurgie, par G. de la* *Faye*, p. 381.

BLESSURES DES NERFS.

Plaie au nerf radial, suivie de symptômes ressemblans à ceux du tic douloureux, par Alexandre DENMARK, *Esq., chirurgien de l'hôpital Haslau.*

Observation tirée des Transactions de la S. méd.-chir. de Londres, vol. IV.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

Par CH. TH. MAUNOIR, D. C. et Prof.

HENRI Croft, jeune homme d'une belle santé, appartenant au second régiment, fut blessé, la nuit du 6 avril 1812, au siége de Badajos. Une balle de mousquet pénétra dans le triceps brachial, un pouce et demi au-dessus du condyle interne de l'humérus; en rasant la partie interne de cet os, elle passa obliquement en bas, le long du brachial interne, et se fit jour antérieurement près du pli du bras.

La plaie se cicatrisa promptement, sans offrir aucun symptôme fâcheux pendant le traitement. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il éprouvait des douleurs si vives, qu'elles ne purent être calmées par les plus grandes doses d'opium, et qu'il était dans un état de veille presque continuel ; s'il s'endormait un moment, son sommeil était bientôt interrompu par des songes effrayans et par des soubresauts. L'avant-bras était toujours fléchi dans la supination, supporté dans cette attitude par l'autre main; le poignet était aussi fléchi, sans qu'il put prendre une autre position par l'action volontaire des muscles. En faisant l'extension forcée de la main la douleur augmentait, il en était de même lorsqu'on amenait la main à l'état de pronation. On sentait une petite tumeur sur le côté de la plaie, à la partie antérieure du bras; l'attouchement de cette partie y déterminait les douleurs les plus vives; la sensation pénible commençait à l'extrémité des doigts, sauf le petit, et s'étendait jusqu'à la partie blessée. Elle était brûlante, et si forte qu'elle occasionnait une sueur continuelle à la face. La paume de la main excoriée laissait exsuder un fluide ichoreux; le malade croyait devoir en attribuer la cause à la force qu'il avait em-

ployée à rouler une bombe. Ses souffrances insupportables ne lui permettaient nullement de dormir, et lui ôtaient le plaisir qu'il aurait eu à prendre sa nourriture, quelque fut son appétit. Enfin il ne voulut absolument pas les supporter plus long-temps, et il demanda instamment qu'on le débarassât du bras. Avant que d'en venir à aucune opération, je lui conseillai de faire usage des bains et de la vapeur d'eau chaude, des frictions anodynes, etc.; mais aucun de ces remèdes n'allégea ses souffrances.

Les symptômes de la maladie étaient assez clairs; il était question d'établir un prognostic assuré. La partie blessée, la nature de la douleur, son trajet depuis les doigts, à l'exception du petit doigt, témoignaient assez que la blessure était au nerf radial. L'exaspération de la douleur, pendant la pronation, donnait du poids à cette supposition, en raison de la pression exercée sur ce nerf par le rond pronateur.

Cet homme avait perdu abondamment de sang après sa blessure, cependant les pulsations de l'artère radiale étaient aussi fortes d'un côté que de l'autre. Il était difficile de supposer que l'artère brachiale n'eût pas été intéressée dans la blessure du nerf, cependant l'examen prouva que la chose s'était passée ainsi.

Je fis entrevoir au malade la possibilité de sauver le membre, en coupant le nerf et en en retranchant une partie au-dessus de la plaie ; il y aurait consenti, s'il n'avait pas préféré avoir le bras coupé, plutôt que de courir la chance d'une seconde opération. Enfin, après une consultation, dans laquelle on mit dans la balance l'incertitude du succès, l'état du bras et sa contraction, il fut décidé qu'il y avait convenance de procéder à l'amputation : elle fut faite sur-le-champ, et le malade fut instantanément soulagé. Il sortit de l'hôpital bien guéri, au bout de trois semaines, pendant lesquelles il récupéra sa santé et ses forces.

En disséquant le bras, je suivis le nerf radial à travers les parties blessées ; confondu avec elles il leur était intimément attaché dans l'étendue d'un pouce. A l'endroit où il avait été blessé, le nerf avait pris une épaisseur double de l'état naturel, il semblait qu'il se fut contracté dans sa longueur. Cette contraction expliquait la position fléchie de l'avant-bras, ainsi que les douleurs causées par son extension forcée. En poursuivant la dissection du nerf, et en divisant ses fibres dans sa partie postérieure, je trouvai qu'elles recelaient une

petite portion de balle, qui s'était détachée en passant sur l'os. Il n'en fallait pas davantage pour rendre raison des douleurs aigües que le malade avait éprouvées. L'humérus avait pris une couleur pâle, dans l'endroit où il avait été touché par la balle; l'artère brachiale était intacte. Le volume du nerf était évidemment augmenté au-dessus et au-dessous de l'endroit qui avait été atteint. Devait-on attendre quelque succès de la division, et de l'ablation d'une portion du nerf?

M. Bell cite un cas de blessure au nerf poplité, chez un matelot, qu'il était sur le point d'opérer, et qui avait beaucoup d'analogie avec celui de M. Denmark, excepté que dans l'un les accidens étaient la suite d'une contusion, et dans l'autre l'effet d'une plaie.

~~~~~~~~
~~~~~~~~

OBSERVATION

Sur une blessure de nerf au pouce, suivie de symptômes fâcheux, guéris par la section du nerf, par J. WARDROP, chirurgien extraordinaire du Roi.

Transactions de la société médico-chirurgicale de Londres, tom. xij.

J'ai déjà lu à la Société l'histoire d'un cas, où des symptômes d'une nature fâcheuse, à la suite d'une piqûre faite par une épine, à l'extrémité du doigt, furent guéris instantanément et d'une manière permanente par l'amputation. Je communique aujourd'hui un fait semblable à bien des égards, et pour lequel l'opération qui fut faite, quoique souvent proposée, n'est point adoptée généralement. Cette circonstance en rendra, je l'espère, la lecture intéressante pour la Société.

Un jeune homme reçut un éclat d'arme à feu, qui frappa obliquement le bord radial de la dernière phalange du pouce; la plaie avait huit lignes de longueur, elle était assez pro-

fonde pour avoir divisé l'artère digitale. Quoique la douleur fût intense, la plaie n'en guérit pas moins promptement, par première intention, ensorte qu'on n'y attacha pas une grande importance; aussi le malade reprit-il ses habitudes ordinaires, et suivit-il un régime peu convenable. Au bout de quelques jours le pouce devint très-sensible; des sensations pénibles, accompagnées d'une irritation continuelle, se développèrent avec intensité jusqu'au dixième jour, époque à laquelle je vis le malade pour la première fois. Le pouce paraissait dans un état naturel; la cicatrice était solide, et cependant le malade se plaignait d'une douleur violente au pouce, à l'indicateur et au bord radial du médius, douleur qui s'étendait jusqu'au bras, au cou et à la poitrine; elle était constante et aggravée par l'attouchement le plus léger au pouce. Le pouls était fréquent et tendu, la face rouge, la langue blanche et écumeuse. Une saignée abondante fut suivie d'un soulagemeut immédiat: la douleur du bras et du dos diminua sensiblement, et le pouce fut moins sensible à l'attouchement. Pendant trois jours consécutifs les accidens locaux reparurent, mais ils cédèrent chaque fois par la répétition de la saignée, par de violens

purgatifs et par un régime antiphlogistique très-sévère.

Dans la suite, les douleurs furent alternativement fortes et modérées, mais le pouls quoique fréquent et agité, ne fut jamais assez plein ou assez dur, pour exiger de nouvelles évacuations de sang. Les redoublemens de douleurs étaient, pour l'ordinaire, produits par une affection mentale, et quelquefois par une trop grande quantité de nourriture animale. L'opium ne soulageait presque point le malade; il n'y avait guères que des purgatifs drastiques, et une nourriture liquide très-simple, qui eussent de l'influence sur la douleur.

Telle fut la marche des symptômes pendant dix jours; à la fin de la troisième semaine, depuis l'accident, le malade avait beaucoup maigri et ses forces étaient considérablement réduites; il devint très-difficile de régulariser les fonctions des premières voies, qui avant l'accident étaient déjà troublées depuis long-temps. Le pouce blessé était constamment douloureux, sensible à l'excès au moindre attouchement, et le malade était assez souvent atteint de paroxismes de douleurs portées jusqu'à la défaillance; ces douleurs ne se bornèrent pas aux doigts qui reçoivent des rameaux nerveux du

nerf radial, elles s'étendirent sur toute la main, sur le bras, sur le cou, et même tout le long du dos. Dans cet état alarmant, il était urgent de recourir à quelqu'autre moyen de soulagement. Les effets de l'amputation du doigt, dans le cas dont j'ai fait précédemment mention, semblaient devoir me conduire à adopter le même traitement dans celui-ci; mais l'apparence de la plaie, la section de l'artère digitale, donnaient assez à connaître le nerf qui avait été atteint, et dont la blessure causait, sans qu'il fut possible d'en douter, les accidens fâcheux qui l'accompagnaient. En conséquence, j'estimai qu'il était indispensable de diviser complètement le nerf au-dessus de la blessure, et c'est ce que je fis immédiatement, avec l'aide de M. Cline, en pratiquant une incision transversale et profonde dans l'endroit indiqué. L'opération fut immédiatement suivie d'une diminution de tous les symptômes alarmans; l'attouchement du pouce n'étant plus douloureux, on put le manier sans ménagement; les doigts et la main ne furent plus aussi sensibles. Cependant ces symptômes ne cessèrent pas d'une manière permanente, car plusieurs semaines après l'opération, toutes les fois que le malade prenait une nourriture difficile à di-

gérer, lorsque les purgatifs n'opéraient pas promptement, ou lorsqu'il avait une trop grande agitation d'esprit, la douleur se faisait sentir, quelquefois très-violemment, à la main et au bras. Mais dans la suite, la santé se rétablit entièrement, et il ne s'était pas passé 20 mois que déjà ce jeune homme s'était livré, à plusieurs reprises, aux exercices les plus violens de la chasse. L'extrémité du pouce conservait de l'engourdissement, mais l'attouchement n'y causait plus de douleur.

Ce qui prouve encore la sympathie de la partie lésée avec les organes digestifs, c'est que lorsque, par une cause quelconque, les fonctions de l'estomac étaient troublées, la douleur du pouce blessé se renouvellait.

Observations.

Les effets remarquables de la lésion des nerfs m'ont fait connaître les heureux résultats qu'on a droit d'attendre d'une opération semblable à celle que j'ai signalée, et l'expérience de tous les jours démontre qu'on peut couper, impunément et sans danger, les troncs nerveux les plus gros.

Un enfant fut piqué au front avec la pointe

d'un couteau ; la paupière supérieure fut aussitôt saisie de clignotemens convulsifs, qui cessèrent lorsque PORTAL eut converti la piqûre en incision. Il est quelquefois arrivé qu'en pratiquant la saignée du bras, la piqûre d'un filet du nerf musculo-cutané ait été suivie d'accidens très-douloureux, qui ont cessé immédiatement, en agrandissant la piqûre de manière à en faire une plaie. J'ai vu le même phénomène se présenter chez un jeune homme, qui, après avoir été blessé au front, voyait les objets doubles, l'œil du côté blessé se tournant en dehors. Trois mois après cet accident, je fis une incision cruciale au front, pour extraire une portion d'os carié, le nerf frontal du côté gauche fut compris dans l'incision ; en levant l'appareil, je trouvai que le globe de l'œil avait repris sa position naturelle, et que la vision simple était bien rétablie.

L'effet de la ligature des nerfs a fait découvrir des particularités frappantes dans leurs fonctions et dans leur structure : ces particularités ont déjà été caractérisées par la différence des symptômes produits par la division complète ou partielle d'un tronc nerveux. On a souvent prévenu des accès d'épilepsie, en faisant une ligature autour du doigt, lorsque

l'aura epileptica se faisait apercevoir. On connaît assez généralement à Londres l'histoire de ce chasseur, qui se brisa le pouce en tombant de cheval, et qui, depuis ce moment, était sujet à des accidens nerveux, qui commençaient par le pouce, qui se propageaient au bras et de là à tout le système, et qu'il ne pouvait arrêter qu'en liant le pouce, aussi était-il dans l'habitude de porter un tourniquet dont il faisait l'application à l'approche de l'accès. Tous ces faits réunis démontrent que la division partielle d'un nerf est souvent suivie des accidens les plus fâcheux, et que jusqu'à présent le meilleur moyen d'y remédier, et le plus sûr en même temps, c'est de couper complètement le nerf.

Je ferai aussi observer qu'il est des cas où il n'est pas possible de ne pratiquer que la section du nerf; dans ces cas, si la blessure occupe une des extrémités, on doit recourir à l'amputation. Tel fut celui de cette femme dont il fallut couper le doigt; celui où M. Denmark eut recours à l'amputation du bras à la suite d'une blessure du nerf radial. Ces faits sont rapportés dans le quatrième volume des transactions de la société.

Il arrive aussi quelquefois qu'une division partielle d'un nerf n'est point accompagnée

des symptômes fâcheux qui ont été signalés, mais que les accidens qui en sont la suite sont caractérisés par la perte de la force, dans les parties où se distribuent les filets nerveux coupés, et par l'atrophie subséquente des parties molles.

Un officier d'artillerie fut blessé à la partie supérieure et postérieure de la cuisse, sur le trajet du nerf sciatique ; le résultat de cette blessure, fut la perte de l'usage du pied et de la partie inférieure de la jambe, qui s'atrophièrent complètement, sans qu'on pût apercevoir aucun changement dans la partie supérieure de la cuisse. Un jeune homme reçut un coup sur la colonne vertébrale ; le résultat fut aussi l'atrophie des deux testicules. Ce changement opéré dans les parties molles, ne devrait-il pas être considéré comme un symptôme pathognomonique de la lésion d'un nerf?

Une suite d'observations sur les effets variés des plaies, et sur les combinaisons diverses des symptômes des maladies des nerfs, et de leurs affections symptomatiques, pourraient non-seulement conduire à d'importans résultats dans la pratique, elles serviraient encore à expliquer les fonctions des nerfs, d'une manière plus satisfaisante que ne l'ont pu faire jusqu'ici les physiologistes les plus instruits.

Quelle est cette action qui s'exerce sur l'extrémité d'un nerf, pour produire la sensation? Comment cette action parcourt-elle le trajet des nerfs et arrive-t-elle au sensorium ? Ces questions sont enveloppées d'un voile impénétrable jusqu'à ce jour.



BRONCHOCÈLE OU GOITRE,

Traité par le séton, avec des remarques, par A. Copland HUTCHISON, *Esq. Chirurgien extraordinaire de S. A. R. le duc de Clarence, chirurgien du dispensaire général de Westminster, etc.*

Extrait des Transactions médico-chirurgicales, vol. II.

TRADUIT DE L'ANGLAIS

Par J. P. DUPIN, Doct.r Chirurgien.

TOUT chirurgien exercé conviendra que la tuméfaction de la glande thyroïde produit souvent, indépendamment de la difformité, des accidens graves et quelquefois funestes, par l'obstacle qu'elle apporte à la déglutition et à la respiration. Les fonctions et l'utilité de cette glande, dans l'économie animale, étant enveloppées d'une grande obscurité, les traitemens

adoptés jusqu'à ce jour pour la guérison du goître, n'ont pu être ni généralement heureux, ni basés sur des théories satisfaisantes.

Lorsque j'entendis, pour la première fois, lire le mémoire du docteur QUADRI sur le traitement du bronchocèle, je fus vivement frappé du nouveau moyen proposé par ce médecin, pour la guérison de cette maladie, et je résolus de saisir la première occation favorable, pour soumettre ce procédé à l'épreuve de mon expérience (1).

Le 21 Septembre 1819, Sara Ellis, âgée de 53 ans, Irlandaise, demeurant alors au n.° 2, place de Malborough, s'adressa à moi, au dispensaire, pour un goître du volume environ d'une grosse orange, d'un tissu dur et résistant ; le lobe gauche de la thyroïde étant plus volumineux, la tumeur s'étendait davantage à gauche qu'à droite ; elle était accompagnée de douleur et de malaise dans l'oreille gauche, et les parties voisines de la face ; d'ail-

---

(1) La méthode de traiter le goître en passant un séton au travers de la glande thyroïde, proposée par le docteur Quadri, n'est cependant pas nouvelle ; car elle a été recommandée par Fodéré, et d'autres, il y a cinquante ans.

leurs elle n'apportait aucun obstacle à la déglutition et à la respiration.

Treize ans auparavant, étant à Dublin, Sara Ellis était accouchée, et quelques jours après elle avait été exposée à un vent froid, soufflant directement sur son cou et sa gorge, et, pour se servir de ses propres expressions, paraissant traverser ces parties. Immédiatement après, elle avait été saisie d'une fièvre qui n'avait duré que peu de jours, au sortir de laquelle elle avait remarqué, pour la première fois, le gonflement de la glande thyroïde.

Le jour même qu'elle se présenta au dispensaire, je passai au travers de la glande, depuis le lobe gauche, obliquement en haut, une aiguille à séton longue, étroite et enfilée d'un demi écheveau de fil de soie, qui laissait un espace d'environ deux pouces entre l'entrée et la sortie de l'instrument. Les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure étant situées profondément dans la glande, tout près de la trachée, l'on évita leurs principales divisions, en repoussant celle-ci en arrière sur l'œsophage, pendant l'introduction de l'aiguille, qui passait au travers du corps de la tumeur, c'est-à-dire, à égale distance des tégumens et de la trachée. Nonobstant ces précautions, l'o-

pération fut suivie d'une légère hémorragie, incapable de donner de l'inquiétude à aucun chirurgien. Peu de jours après, il survint une inflammation érysipélateuse légère, à laquelle succéda un écoulement abondant de matière âcre et ténue. Dès que l'action inflammatoire eut cessé, la suppuration fut entretenue en enduisant le séton d'onguent de sabine, qui fournit le stimulus nécessaire pour remplir le but qu'on s'était proposé.

La tumeur ayant considérablement diminué dans le voisinage immédiat du séton, on le supprima, le 5 Décembre, pour en introduire un nouveau dans une direction opposée; il traversait obliquement le lobe droit de la glande, et croisait le trajet du premier. Ce nouveau séton fut pansé précisément de la même manière, et l'écoulement continua avec une diminution proportionée de cette portion de la glande. Pendant les rigueurs et les intempéries qu'on eut à supporter dans le mois de Février suivant, cette femme fut atteinte de fièvre, et en levant l'appareil l'on trouva que le séton était tombé; toutefois l'on ne jugea pas nécessaire de le replacer, l'écoulement et la réduction graduelle de la tumeur ayant continué de la manière la plus heureuse.

Les ouvertures des sétons ont fourni pendant une année, depuis l'opération, un léger écoulement de pus louable; mais cette circonstance n'a été suivie d'aucun inconvénient. La femme est bien portante actuellement; la tumeur est à peine sensible, et la peau qui la recouvre a repris sa couleur naturelle.

Tout bien examiné, le traitement du goître par le séton ne doit pas être, généralement parlant, considéré comme dangereux, lorsqu'il est confié à un chirurgien judicieux, qui connait la disposition anatomique des parties; cependant, l'on doit procéder avec quelque circonspection, dans les tempéramens délicats et irritables, surtout avec celles de ces tumeurs qui sont dures et lobulées. Pour de telles constitutions, un praticien prudent fera mieux de différer l'opération, jusqu'à ce que des symptômes de suffocation, et l'obstacle apporté à la déglutition, en rendent la nécessité indispensable.

Le goître présente deux états, qu'il est nécessaire de distinguer dans l'emploi du séton; dans l'un la tumeur est dure et divisée en lobes; dans l'autre elle est molle et plus élastique. La première espèce a des adhérences plus intimes avec la trachée, et il serait peut-être alors

plus sage de comprendre dans le trajet de l'aiguille une plus petite portion de la glande malade, et de réitérer plutôt l'opération sur d'autres points, suivant que les circonstances l'exigeraient ; quoiqu'il soit probable qu'on pourrait, par des précautions convenables, éviter le danger de la communication de l'inflammation à la membrane muqueuse de la trachée. Mais dans le goître plus mou et plus élastique, je pense que l'opérateur peut hardiment pousser son instrument au travers de la tumeur, avec la plus grande sûreté. Dans l'un et l'autre cas, cependant, l'action inflammatoire doit être soutenue, lorsqu'elle est languissante, par l'application sur le séton d'onguents stimulans, ou de substances plus irritantes encore, s'il est nécessaire.

Indépendamment du danger d'enflammer la membrane interne de la trachée, l'on présente comme une objection sérieuse à l'opération, la difformité qui subsiste après que le séton a été retiré ; mais si l'on doit ajouter une entière confiance à l'observation du docteur QUADRI, cette difformité disparait pour l'ordinaire en quelques mois. Sara Ellis a été vue par l'auteur, le 4 Février 1821, et l'apparence de son cou confirme pleinement l'assertion de ce mé-

decin. D'ailleurs, lorsque la respiration et la déglutition seront menacées, toute autre considération de cette nature cèdera à un pareil danger, et l'opération devra être pratiquée.

Dans cette opération, comme dans un grand nombre d'autres, le succès dépendra beaucoup du traitement consécutif. Ainsi, lorsqu'une inflammation érysipélateuse se développe avec violence, on la combat par la suppression du séton, l'application des sangsues sur la tumeur, et l'emploi raisonné des moyens antiphlogistiques. L'excitation au contraire se trouve-t-elle insuffisante? il faut recourir aux moyens déjà mentionés, sans quoi l'on ne pourrait espérer une cure complète.

La guérison du goître par le séton me parait s'opérer de deux manières; premièrement, par la suppuration qu'on détermine, et qui détruit peu à peu l'organisation morbide; secondement, par l'excitation que communique le séton aux vaisseaux absorbans de la partie, dont l'action augmentée entraîne dans la circulation une portion de la tumeur (1).

---

(1) M. Nermann, Suédois, étudiant distingué en médecine, m'a appris, l'année dernière, qu'en Dannemark il est très-ordinaire de traiter le goître, par des incisions

Ce serait perdre son temps que de faire l'énumération des différentes causes que les auteurs ont assignées avec plus ou moins de probabilité à cette maladie, ainsi que des remèdes internes et externes non moins variés qui ont été recommandés pour son traitement. Il me parait, cependant, que nous ne pouvons raisonnablement espérer d'arriver aux causes des maladies de la glande thyroïde, qu'après avoir cherché à en découvrir les fonctions. Ce point important une fois obtenu, nous serons d'autant mieux en état de découvrir un moyen plus sûr et moins douloureux que le séton; il serait fort à désirer dans ce but, que lorsqu'une personne vient à mourir avec un goître, l'on ne négligeât pas l'occasion de disséquer avec soin la tumeur, et de rechercher attentivement

---

faites dans le tissu de la glande malade, et que cette opération réussit fréquemment. Le docteur Baillie m'a affirmé, que feu le docteur William Hunter avait coutume de citer un cas de ce genre, où la guérison fut obtenue par une incision faite dans la tumeur. Je n'ai pu m'assurer si dans ces cas l'on avait fait usage d'applications stimulantes sur les incisions; quoiqu'il en soit, nous sommes fondés à admettre que ce procédé peut guérir le goître, de la même manière que le séton.

quelles peuvent être les fonctions et l'utilité de la glande thyroïde. Les organes malades et les monstruosités donnent quelquefois lieu à des découvertes, par le développement de vaisseaux, etc. que leur petitesse et leur peu d'apparence dérobent, dans l'état ordinaire, aux recherches les plus scrupuleuses. Le docteur Barton parle, sur l'autorité de M. Fodéré, d'une communication entre le larynx et la thyroïde, prouvée par le gonflement de celle-ci, lorsqu'on soufflait de l'air dans le larynx préalablement fermé par des ligatures, ce phénomène est-il dû à quelques vaisseaux qui établissent la communication, ou au passage de l'air dans le tissu cellulaire de la partie? c'est ce qui n'est pas décidé. Voyez un mémoire sur la maladie appelée goître, que l'on observe dans diverses parties de l'Amérique-Septentrionale, par B. S. Barton. M. D.

Afin de mettre les praticiens en état de porter un jugement sur cette méthode de traiter le goître, je vais rapporter quelques cas qui m'ont été communiqués par MM. Gunning, A. T. Thomson, du dispensaire de Chelsea, et James de l'hôpital de Devon et d'Exeter. Toutefois je saisis cette occasion de déclarer, que je suis décidé à mettre en usage

ce traitement, dans tous les cas où les chances de succès me paraîtront proportionnées aux hasards de l'opération. Le président de cette Société, et plusieurs autres personnes de l'art ont vu dernièrement Sara Ellis, et ont été témoins du résultat heureux de cette opération.

Je ne peux terminer ces remarques sur le goître, sans insister fortement auprès des praticiens, sur l'utilité qu'il y aurait à employer plus fréquemment le séton par la suite, dans le traitement de cette maladie.

Ce travail me fournit l'occasion d'ajouter une note, concernant un mémoire du docteur Coindet de Genève, sur la guérison du goître par une solution ou teinture d'iode; ce remède, à ce qu'il parait, a eu des résultats très-heureux dans la pratique du docteur Coindet; mais quant au rapport détaillé de ses avantages, et à la manière de le préparer, je renvoie au mémoire original dans la Bibliotèque universelle, pour Juillet 1820, ou à un extrait inséré dans le journal des sciences, de la littérature et des arts, n.° 19.

Le docteur Straub, d'Hofwyl, a inséré dans un journal allemand, pour Février 1820, un mémoire dans lequel il rapporte avoir découvert l'iode dans l'éponge et d'autres corps

marins, qu'il considère comme la source naturelle de ce principe, et il affirme qu'on peut s'en servir avec avantage, dans toutes les maladies contre lesquelles on a employé l'éponge préparée ou brûlée. Son mémoire a été traduit en français, et inséré dans la Bibliotèque universelle de Genève, en Août 1820, mais il est probable que le docteur Coindet, lorsqu'il publia le sien, en Juillet, ignorait cette circonstance, que, dans le cas contraire, il n'aurait pas manqué de signaler.

Cas de M. Gunning.

Anne Smith, âgée de 48 ans, fut reçue dans l'hôpital de St. George, le 26 Avril 1820, affectée d'un goître datant de huit à neuf mois. La consistance en était dure, le lobe gauche de la thyroïde égalait le volume d'une petite orange; le droit était presque double; une grande partie de la surface inférieure de la tumeur adhérait solidement au sternum, et la gêne de la respiration en était venue au point de rendre quelquefois la suffocation imminente.

Depuis son entrée à l'ôpital, la malade avait

éprouvé un de ces spasmes violens des muscles respiratoires, qui la menaçaient d'une mort prompte, mais dont elle avait été soulagée par l'application des sangsues à la tumeur.

Comme les remèdes communément employés en pareil cas n'avaient obtenu aucun avantage, et que la vie de la malade avait plusieurs fois couru un grand danger, il fut décidé, dans une consultation entre les chirurgiens de l'hôpital, que l'on essaierait l'application d'un séton. En conséquence, le 6 Mai, M. Gunning, en la présence de ses collègues et de moi, passa au-travers du lobe droit de la glande, dans une direction directe en haut, la même aiguille à séton que j'avais fait construire, et dont je m'étais servi dans le cas précédant; elle portait un écheveau de soie blanche.

L'opération ne fut suivie ni d'irritation, ni d'aucune circonstance défavorable, en sorte que M. Gunning, pendant plusieurs jours, pensait à répéter l'opération sur l'autre lobe de la glande.

Le 10 Mai, il y eut quelque irritation, et un sentiment de malaise; les parties contigues au séton avaient un aspect gangreneux.

Le 14, le séton fut retiré, le lobe droit de la glande étant considérablement diminué. Le 20, nouvelle attaque d'irritation dans la trachée, avec beaucoup d'anxiété et de dyspnée, au point de s'opposer à la situation horisontale; l'inflammation externe très-légère. Le 30, escarres détachées, les parties présentant une très-belle apparence. Peu de jours après, la toux devint très-inquiétante, et la malade continua à baisser peu à peu jusqu'au 24 de Juin, qu'elle mourut après une violente attaque d'irritation, telle qu'on les a décrites ci-dessus; il y avait six semaines qu'on avait retiré le séton.

A l'examen du cadavre, on trouva le reste de la glande thyroïde dans un état gangreneux, et quelques traces légères d'inflammation sur la membrane interne de la trachée. Les bronches et toutes les autres parties du corps étaient à l'état sain.

Le peu d'irritation que le séton a causé dans ce cas, l'état de la gangrène et de la suppuration, qui n'ont jamais été assez considérables pour donner des craintes sérieuses, l'époque de la mort survenue à une distance aussi éloignée de la suppression du séton, et dans une de ces attaques spasmodiques qui, plusieurs

ſois auparavant, avaient mis la vie en danger, m'autorisent à déclarer, d'après M. Gunning, que malgré ce revers, il n'a point pris mauvaise opinion de l'opération du séton dans cette maladie.

Spring-Gardens, 28 Octobre 1820.

Cas de M. Thomson.

Sloans-Street, 20 Septembre 1820.

Monsieur.

Je regrette qu'on n'ait conservé aucun détail sur les cas de goître que j'ai traités par le séton, au dispensaire de Chelsea et Brompton; je suis par conséquent obligé de tirer de ma mémoire tout ce que j'ai à vous communiquer à ce sujet.

Le pemier cas était celui d'une jeune femme, nommée Sara Waller, âgée de 22 ans, qui vint de la campagne, et s'adressa au dispensaire, le 23 Décembre 1815, après avoir vû une de ses amies guérie du goître dans cet établissement. Autant que je puis me rappeler. la tumeur bornée à la partie antérieure du cou approchait de la grosseur du poing d'un

homme, et faisait en avant une saillie d'un pouce et demi; la peau était tendue, un peu élastique et d'apparence naturelle. Il n'y avait ni douleur, ni dyspnée; mais je me souviens que la malade se plaignait d'un sentiment désagréable de distension de la peau, et de pression sur la trachée, toutes les fois qu'elle prenait froid. La maladie fut d'abord traitée par l'éponge brûlée, les pilules bleues et les frictions; ce plan de traitement, auquel on joignit de temps en temps l'application des vésicatoires, fût continué jusqu'au trois Octobre 1816; la malade désirant alors aller à la campagne, fût renvoyée avec recommandation de continuer l'usage des frictions, et de se montrer de nouveau à moi lorsqu'elle reviendrait à la ville. La tumeur, à cette époque, était certainement plus petite que lorsque la malade fut admise au dispensaire; mais l'amélioration n'était pas assez marquée pour faire espérer que la maladie céderait entièrement aux moyens employés jusqu'alors. Environ six mois après, cette femme se plaça de nouveau sous ma direction, et comme dans l'intervalle j'avais lu dans quelque ouvrage périodique (je crois que c'était un journal de médecine américain), qu'un cas de goître avait été guéri par le sé-

ton, je résolus de tenter ce moyen dans cette occasion. Le 8 Mars 1817, je passai un séton obliquement de haut en bas au travers du corps de la tumeur. L'extraction de l'aiguille fut suivie d'une hémorragie considérable qui amena une syncope; mais quoique le sang continuât de suinter pendant deux ou trois jours, il n'en résulta cependant aucun autre inconvénient. Pendant plusieurs jours la tumeur s'enfla considérablement; il s'en suivit quelque accélération dans le pouls, qui céda aux purgatifs; mais le séton causa peu de douleur et d'inquiétude; dans l'espace de dix jours il s'établit un écoulement peu abondant d'une matière ténue, ressemblant davantage à un mélange de lymphe et de pus, qu'à du pus véritable. Le séton fut retiré au bout de deux mois; la tumeur était alors réduite à un peu plus du quart de son volume primitif; la malade retourna à la campagne, avec recommandation de m'informer si le goître venait à croître de nouveau. Je présume que cela n'a pas eu lieu, n'en ayant point eu de nouvelles depuis son départ de Londres.

La même méthode fut employée dans un autre cas, au dispensaire, en 1818; mais comme le malade montra de l'irrégularité, et

fut perdu de vue, une semaine après l'application du séton, je ne vous en parlerai pas.

Le troisième cas était celui d'un vétéran, nommé Godwin, actuellement homme du guet âgé de 61 ans, qui s'adressa au dispensaire le 22 Juin 1820. La tumeur n'occupait que le côté droit du cou, et s'étendait en haut jusqu'à l'angle de la machoire; elle était molle, divisée en lobes; la peau était douloureuse, et plus rouge que dans l'état naturel; la respiration était un peu gênée. Le séton fut introduit par une incision faite avec une lancette à abcès, un peu au-dessous de l'angle de la machoire, et poussé plus loin au moyen d'une sonde d'argent solide et pointue, qui rencontra peu de résistance, et sortit à une contr'ouverture faite à la partie inférieure de la tumeur. Une petite quantité de matière semblable à du pus, et fort peu de sang, suivirent l'extraction de la sonde; au bout de trois jours il s'établit un écoulement abondant. Trois semaines après, le volume de la tumeur était fort diminué; à cette époque le malade se plaignait vivement de douleurs dans le trajet de la plaie, on supprima le séton, et le malade lui-même fut renvoyé la semaine suivante, comme il en avait manifesté le désir, quoiqu'il y eut encore un léger suin-

tement de pus par l'ouverture inférieure. J'attribue la rapidité avec laquelle la tumeur diminua, dans ce cas, à la mollesse de son tissu; et je suis porté à croire que le séton pénétra plutôt entre les lobes que dans la substance propre de la glande. Quoiqu'il en soit, la quantité de l'écoulement fut à peine suffisante pour rendre compte de l'effet obtenu, et je suis en conséquence disposé à en attribuer la plus grande partie à l'irritation excitée, et à l'absorption qui s'en est suivie, plutôt qu'à une fonte de la substance de la glande tuméfiée.

En terminant ce rapport incomplet, je crois nécessaire d'ajouter, que quoique l'application du séton m'ait été suggérée par les circonstance dont j'ai parlé, je me serais aussi facilement déterminé à l'emploier, si l'opinion de son efficacité probable, lorsqu'on peut l'introduire en évitant la blessure des gros rameaux artériels, n'avait pas été appuiée par le souvenir de la guérison radicale du goître le plus volumineux que j'aie jamais vu, obtenue par un traitement empirique. Je me permettrai de vous exposer maintenant ce cas en peu de mots.

Madame Todd, femme de l'intendant de

feu le marquis Townsend, s'etait souvent adressée à moi pour une dyspnée causée par un goître, qui occupait toute la partie antérieure du cou, s'étendant latéralement jusqu'à l'une et l'autre oreille, et descendant d'autre part jusques sur la partie supérieure de la poitrine ; la surface en était parsemée de très-grosses veines, et il formait une tumeur pour le moins aussi volumineuse que la tête d'un homme ordinaire. Après la mort du marquis et de son mari, madame Todd vint demeurer en Queen-Street, près de Paddington-Road ; et ce fut là, le 22 Juin 1811, que je fus appelé pour la voir, à cinq heures du matin. A mon arrivée je la trouvai dans son lit, poussant des gémissemens, comme si elle eût été soumise à la plus cruelle torture, et entourée de plusieurs femmes, qui m'apprirent qu'elle était aux portes du tombean. En en demandant la cause, j'appris qu'une voisine lui avait conseillé d'appliquer sur toute la tumeur un emplâtre, principalement composé de chaux vive, et que c'était ce qui avait amené toutes les douleurs et l'inflammation dont j'étais témoin. La malade avait eu du délire ; et quoique l'emplâtre eût été enlevé deux heures avant que je la vise, elle était dans ce moment in-

capable de répondre à mes questions. L'examen de la tumeur me convainquit que la violence de ses douleurs était proportionnée à la manière dont elle les manifestait. L'inflammation s'étendait en bas sur la plus grande partie de la poitrine y compris les seins, et en haut sur toute la tête ; tandis qu'on appercevait évidemment la formation d'une large escarre, qui embrassait toute l'étendue de la tumeur. Après une copieuse saignée, je prescrivit le calomel et l'opium ; des cataplasmes furent appliqués sur la tumeur, et les autres parties enflammées furent cotinuellement humectées par une lotion réfrigérante.

En peu de jours, une énorme escarre se forma, et se détacha peu à peu, laissant à nud tous les muscles du cou. La suppuration était effrayante, et je craignis chaque jour de voir ma malade y succomber, nonobstant l'usage du quinquina, de l'acide sulphurique, du vin et de l'opium. Elle se rétablit cependant, et le 14 Octobre, cinq mois après l'application du caustique, je pris congé d'elle; l'ulcère était alors complétement cicatrisé, et à peine restait-il quelque trace de la tumeur (1).

(1) M. J. Baillie Truter, parlant, dans le récit de ses

Croyez-moi, Monsieur, votre très-dévoué,
Antoine Todd THOMSON.

Cas de M. James.

Exeter, cours de la cathédrale, 8 Octobre 1820.

Monsieur.

John Brown, âgé de 35 ans, entra comme malade dans l'hôpital de Devon et d'Exeter, sur la fin de l'été de l'année 1819, sous les soins du docteur Daniels, pour un goître, et fut traité par lui, et par le docteur Blackall (pendant son absence pour cause de maladie), par les moyens qui ont été reconnus utiles

---

voyages aux montagnes Himâlà, du bronchocèle ou goître très-fréquent dans les vallées de ce pays montueux, fait la remarque suivante : « Nous fumes informés qu'on » le guérissait quelquefois en s'y prenant de bonne » heure ; le moyen employé consiste dans l'extirpation » d'une portion de la tumeur avec l'instrument tran- » chant. Nous vimes quelques personnes qui portaient » sur la gorge des cicatrices, résultat de ce mode » de traitement qui avoit parfaitement réussi dans ce » cas. »

dans cette maladie ; vous faire connaître les personnes aux soins desquelles il fut confié, c'est ne laisser aucun lieu de douter qu'il n'ait reçu tous les secours que l'art peu donner. Il était néanmoins évident que la tumeur augmentait, et par son accroissement mettait la vie en danger ; le malade lui-même en était persuadé, et par conséquent désirait ardemment qu'on eût recours à un traitement plus efficace. Ayant vu récemment le mémoire du docteur Quadri, publié dans le dixième volume des transactions médico-chirurgicales, je fis sentir au docteur Blackall, qui dirigeait alors le traitement, la convenance d'essaier la méthode recommandée par le médecin italien ; il fut de mon avis, et le malade ayant aussi donné son consentement, je procédai à l'opération, le 18 Décembre, en présence de mes collègues, MM. Barnes et Harris.

Le volume de la tumeur égalait celui d'une grosse orange applatie ; elle était tendue, élastique, descendait jusqu'au sternum, était surmontée de chaque côté par les bords des muscles sterno-mastoïdiens, et si solidement fixée, par ceux-ci et par le paucier, qu'elle exerçait évidemment sur la trachée une pression très-forte. Son étendue était presque égale à droite et à gauche.

Une aiguille troicar (1) garnie de soie, fut passée au travers de la tumeur obliquement de haut en bas, et de gauche à droite, en la dirigeant aussi près de son centre qu'il me fut possible. Il s'écoula un peu de fluide glaireux, provenant probablement d'un kiste rompu; le malade éprouva un soulagement immédiat par la diminution dans le volume de la tumeur, qui fut à peu près d'un tiers; il respira librement, et avec facilité.

Le lendemain, l'obstacle à la respiration était de nouveau manifeste, et le visage vultueux; je fis saigner et purger le malade; le pouls était fréquent et souple.

Les jours suivans, la dyspnée s'accrut, elle était accompagnée d'une toux très-fatiguante, d'aphonie, comme dans l'inflammation du larynx, il survint une expectoration copieuse, un air hagard avec un pouls fréquent, petit et faible. Dans ces circonstances je crus devoir retirer le séton à la fin de Décembre.

Ces symptômes ne diminuèrent que faiblement après la suppression du séton; il paraissait fort à craindre que la trachée et les bron-

---

(1) L'aiguille communément employée pour placer le séton dans l'hydrocèle.

ches ne fussent frappées d'une gangrène mortelle. Vers ce temps là le malade expectora une certaine quantité de lymphe transparente et solide, ressemblant à de la gelée de pieds de veau, et bientôt après des lambeaux qui avaient l'apparence de fausse membrane, on retira aussi une substance semblable, par les ouvertures du séton qui s'étaient ulcérées. Il y avait en même temps une expectoration de mucus puriforme, et une forte orthopnée ; néanmoins, un mois après l'opération, ces symptômes avaient beaucoup diminué, et le volume de la tumeur était considérablement réduit. Le 29 Janvier, l'irritation de la trachée, la toux, et les symptômes généraux éteient dissipés, et le 6 de Février, le goître avait disparu, au point de ne laisser d'autres traces de son existence, que les cicatrices de l'aiguille à séton employée pour le traitement. Le malade recouvra une santé parfaite, et plusieurs mois après il se rendit à Londres ; je saisis cette occasion pour le prier de se montrer à M. Abrneethy, qui a bien voulu vous donner communication de ce cas.

Remarques sur cette maladie.

1.° Avant l'opération, l'accroissement de la

tumeur et la difficulté de la respiration, rendaient très-probable une terminaison funeste par suffocation, le malade lui-même en était convaincu.

2.° Les moyens ordinaires ne pouvaient être d'aucune utilité.

3.° La guérison doit être attribuée à l'opération.

Il semble difficile d'expliquer les accidens qui ont eu lieu du côté de la trachée. L'on pourrait présumer que ce conduit aurait été traversé par l'aiguille ; mais alors la présence de la soie aurait apporté à la respiration un obstacle immédiat ; il y aurait eu en même temps de l'irritation, comme dans les cas où l'on introduit une cannule après l'opération de la bronchotomie ; cette irritation aurait été très-promptement développée par la nature même du corps étranger, il y aurait eu aussi très-probablement quelque expectoration sanglante ; bien plus, si tel eût été le cas, une communication aurait été établie entre la trachée et les plaies extérieures. Mais après que l'on eut retiré le séton lorsqu'une fausse membrane se présenta aux plaies, et fut en même temps expectorée, la flamme d'une bougie placée devant les premières ne fut nullement

agitée, lorsque, les narines et la bouche fermées, le malade s'efforçait de chasser l'air de la poitrine, expérience qui fut répétée plusieurs fois, et toujours avec le même résultat. Considérant ces circonstances, et n'ayant pas la moindre raison de supposer que la trachée ait été blessée par quelqu'autre cause dans le moment de l'opération, je dois croire qu'elle ne l'a pas été, et que l'inflammation qui s'est manifestée lui a été communiquée par la tumeur; à cet égard, il est important de se rappeler que, déjà avant l'opération, ce conduit avait été affecté, et le malade fatigué par une toux très-forte.

Comme j'attendais la diminution de la tumeur de l'écoulement produit par le séton, je désirais le maintenir, et je le fis jusqu'à ce que la gravité des accidens m'eût forcé de le retirer.

La fréquence et la foiblesse du pouls étaient telles, que je craignais, dans de semblables circonstances, d'employer des moyens énergiques pour réduire l'inflammation, qui ne pouvait céder tant que la cause qui l'avait excitée subsistait. Je soutins la suppuration par des fomentations et des cataplasmes; et à mesure que la maladie locale s'améliorait, l'affection géné-

rale de la membrane muqueuse des poumons diminuait d'autant.

En comparant ce cas avec ceux du docteur Quadri, je crois devoir conclure en somme, que l'opération y était plus impérieusement réclamée, qu'elle fut suivie d'accidens plus redoutables, et que le succès en fut plus remarquable et plus complet.

V. T. H. et O. S. J. H. James.

DILATATION ARTIFICIELLE

DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME,

Par H. T. THOMAS, membre de la Société Royale.

Extrait des Transactions médico-chirurgicales, vol. 1.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

Par J. P. DUPIN, Docteur-Chirurgien.

Le dimanche, 26 Avril 1807, je fus appelé à voir, dans la campagne, une dame âgée de 34 ans, et mère de plusieurs enfans. Le matin du même jour elle avait été, sans cause connue, affectée d'une rétention d'urine; privé de tout secours médical prompt, son mari (qui avait passablement lu sur ce sujet), prit sur lui de la soulager. Dans ce but, il introduisit un cure oreille d'ivoire dans le méat urinaire, et l'urine coula sur le champ; mais comme la quantité évacuée ne répondit pas entièrement

à son attente, il introduisit une seconde fois l'instrument, qui alors échappa de ses doigts, et glissa tout-à-coup, suivant son expression, avec secousse dans le corps. Lorsque je vis la malade, six heures après, je la trouvai sans douleur, et sans autre inconvénient que celui d'une grande agitation morale. En sondant, je découvris promptement le corps étranger, et je le saisis avec la même facilité, au moyen d'une petite pince à polype; mais toute tentative pour l'extraire était accompagnée d'une douleur considérable, et suivie d'un léger écoulement de sang, ce qui me fit juger que l'instrument était placé en travers, dans la vessie, et que ses extrémités étaient engagées dans les faisceaux des fibres musculaires, en sorte que toute tentative ultérieure d'extraction ne pourrait qu'être nuisible. Je me contentai, en conséquence, de faire administrer un lavement, et de prescrire l'usage de boissons délayantes et mucilagineuses abondantes; je conseillai aussi de donner au corps, en urinant, une posture telle que l'orifice de la vessie fût la partie la plus déclive.

Le lundi à deux heures, je trouvai la malade fort indisposée, et ayant passé une mauvaise nuit; le pouls était fréquent, la face

vultueuse, la langue chargée ; un léger degré de sensibilité commençait à s'emparer de tout l'hypogastre. Ces symptômes indiquaient évidemment la convenance d'enlever promptement la cause de l'irritation ; et comme j'étais arrivé muni d'un bistouri caché, je proposai d'inciser la vessie immédiatement ; mais le mari s'y opposa absolument, parce qu'il avait eu connaissance d'un cas de taille chez une femme, qui depuis avait été pour toujours atteinte d'incontinence d'urine.

Après quelque hésitation, et, je dois l'avouer, avec peu d'espérance de succès, j'introduisis dans l'urètre une tente d'éponge, de trois pouces de long, et un peu plus épaisse qu'une grosse sonde de femme, recommandant de la retirer au bout de deux heures, ou même plus tôt, si elle venait à causer beaucoup de douleur ou d'inquiétude. J'eus soin de m'opposer à ce que quelque partie de l'éponge, venant à se séparer, ne glissât dans la vessie, en la traversant dans toute sa longueur d'un fort cordon assujetti aux deux bouts par un double nœud.

Dans la soirée, on m'apprit que la malade avait supporté la tente près de six heures, sans trop d'irritation, et que pendant tout ce

temps l'urine avait coulé peu à peu. J'envoyai une autre tente un peu plus grosse que la première, avec le conseil de l'introduire le lendemain à midi, et de la laisser en place jusqu'à ma visite, à deux heures. En arrivant je trouvai la malade assez bien, et après avoir retiré la tente, je passai le doigt indicateur de ma main gauche dans la vessie, où je sentis le cure oreille placé en travers du col. Il me parut d'abord impossible de le dégager, sans déchirement, de la position dans laquelle il semblait si solidement fixé ; mais en tournant la main, et glissant le bout du doigt au-dessous, et vers l'extrémité obtuse de l'instrument, je le délogeai promptement, et il s'échappa au travers de l'urètre, le long de mon doigt. Il avait trois pouces de long ; un des bouts était beaucoup plus pointu que l'autre. Je laissai mon doigt dans la vessie, à ce que je peux présumer, pendant l'espace de cinq minutes, uniquement dans le but d'examiner la force de contraction de ce viscère. Les sensations que j'éprouvai ne répondirent en aucune manière aux idées que je m'étais formées, car au lieu de la compression que j'attendais de la part du sphincter et de la vessie, je ne rencontrai par tout qu'une substance pulpeuse, n'offrant aucune résis-

tance, et totalement insensible à la stimulation que je cherchais à produire avec l'ongle ; cette inaptitude à la contraction était due peut être à la distension partielle de la vessie exercée pendant si longtemps par le cure oreille. La même cause ne peut cependant rendre raison du relâchement général, qui avait eu lieu dans l'urètre, et qui était tel qu'avant que je retirasse mon doigt, je pense que, si le cas l'eut exigé, le pouce et l'indicateur auraient pu passer à la fois dans la vessie, sans la moindre difficulté.

Le jour suivant, la malade était si bien, qu'il n'y avait pas de raison pour demander un nouvel examen des parties ; l'on me donna à entendre que l'incontinence d'urine n'avait duré que six heures, et que cette dame jouissait maintenant de l'entière faculté de la rendre, sans éprouver d'autre incommodité qu'une légère cuisson dans son passage le long de l'urètre.

Mon intention, en publiant ce cas, est de montrer avec quelle promptitude, et combien peu de douleur, l'urètre peut être dilaté chez les femmes. Le procédé employé pour opérer la dilatation n'offre rien de nouveau. Il a été proposé, il y a près d'un siècle, par Douglas, qui conseille non-seulement l'éponge, mais

encore la racine desséchée de gentiane, comme susceptible d'une expansion plus graduelle, et plus propre au but désiré.

M. Broomfield a rapporté le cas d'une jeune fille, chez laquelle il opéra la dilatation, en introduisant dans la vessie le cœcum vide et plissé d'un petit animal, le remplissant ensuite d'eau tiède avec une seringue, et le retirant peu à peu, à mesure que le col s'ouvrait pour lui livrer passage. Dans peu d'heures, la dilatation fut amenée au point de permettre l'extraction d'un calcul.

Je ne saurais dire pourquoi quelqu'un de ces procédés n'a pas été plus généralement adopté; l'incontinence d'urine, que l'on a vu quelquefois succéder à une grande distension de l'urètre, est peu-être la raison qui les a écartés de la pratique. Je crois cependant que la méthode actuelle ordinaire, pour l'opération de la taille, n'expose pas moins à ce fâcheux accident.

Il existe plusieurs cas bien constatés, où des calculs plus gros que des œufs de poule, ont été chassés de la vessie par les seuls efforts de ce viscère. Heister rapporte d'après de bonnes autorités plusieurs exemples de ce genre; un autre très-remarquable est consigné, par le

docteur MOLINEUX, dans un des premiers volumes des transactions philosophiques ; l'on y voit une femme faire passer par l'urètre une pierre qui mesurait 7 $\frac{6}{10}$ pouces, dans sa plus grande circonférence, 5 $\frac{3}{4}$ pouces autour de sa plus forte épaisseur, et qui pesait 2 $\frac{1}{2}$ onces, poids de troy.

Si l'on doit ajouter foi à ces récits, et il n'y a pas de raison pour en douter, je conçois à peine que chez une femme jeune et bien portante, dont la vessie est saine, il se présente un cas, où une pierre d'un volume considérable ne puisse être extraite avec sûreté, sans le secours d'aucun autre instrument que les tenettes, en ayant préalablement dilaté l'urètre avec des tentes d'éponge. Il n'est pas nécessaire que les mors des tenettes soient aussi épais, et aussi forts que ceux dont on se sert ordinairement.

L'on a pu remarquer souvent que les fibres musculaires, une fois distendues jusqu'à un certain point, c'est-à-dire, au-delà de leur puissance de réaction immédiate, permettent un allongement sans se rompre, et cependant, lorsque la cause cesse, recouvrent en entier et très-promptement leur faculté contractile première. Lorsque la luxation du fémur a lieu en

en bas, l'on voit le grand fessier allongé presqu'au point de rompre; cet allongement sera porté encore plus loin, pour pouvoir opérer la réduction; cependant malgré cette extension violente, il n'arrive presque jamais que les fibres en soient déchirées, et le muscle, une fois rétabli dans sa première situation, reprend, en peu de jours, ses fonctions, aussi parfaitement que s'il n'avait pas souffert. Le cas ci-dessus est, je pense, une forte preuve que les sphincters jouissent de la même propriété; en confirmation du fait, j'ajouterai le suivant

Un homme d'une vie inactive et sédentaire, avait été, depuis plusieurs année, affecté d'une constipation telle que les plus forts cathartiques restaient sans effet. Un médecin qu'il consulta à Paris, lui conseilla d'introduire chaque jour dans le rectum un morceau de bâton flexible, d'environ la grosseur du doigt, et de l'y laisser jusqu'à ce qu'il ressentit le désir d'évacuer. Ce procédé réussit si bien, que pendant plus d'une année il n'eut jamais besoin de recourir à d'autres moyens.

Un matin, pressé de remplir à temps un engagement particulier, dans sa précipitation il enfonça le bâton trop avant, et avec moins de précaution que d'ordinaire; celui-ci fut

tout-à-coup retiré dans l'intérieur du corps, au-delà de la portée de ses doigts. Cet accident ne s'opposa pas cependant à l'évacuation libre des matières, qui continua à avoir lieu régulièrement chaque jour, pendant le séjour du bâton dans l'intestin. Je le vis pour la première fois sept jours après ; il était dans un fort triste état, avec fièvre, tension du ventre et l'expression de la plus grande angoisse. Ses parens et ses amis ignoraient entièrement la véritable cause de la maladie ; et il ne fallut rien moins que la violence de ses douleurs, pour l'engager à me la découvrir. Tels étaient ses sentimens à ce sujet, que le simple récit de ce qu'il appelait *sa folie*, suffit pour déterminer un accès spasmodique.

L'introduction du doigt dans le rectum ne put me faire découvrir le corps étranger ; mais une des extrémités formait, au travers des parois de l'abdomen, une saillie facile à appercevoir, dans le milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'ilium du côté droit. La plus légère pression sur ce point causait une vive douleur.

Après divers essais, je parvins enfin à sentir, avec une bougie, un bout du bâton fixé très-haut dans le rectum ; mais il me fut impossible de le saisir avec des tenettes. Pour ap-

paiser l'irritation actuelle, je fis donner un lavement émollient, avec deux gros de teinture d'opium, qui passa sans la moindre difficulté, et fut gardé.

En examinant de nouveau le fondement, deux heures après, je trouvai le sphincter de l'anus considérablement dilaté ; par des efforts continués avec persévérance, je produisis, dans l'espace d'environ vingt minutes, un relâchement tel, que je pus introduire les doigts, les uns après les autres, jusqu'à ce que toute la main eut enfin passé dans le rectum.

Je trouvai le bout du bâton enclavé dans la concavité du sacrum ; mais en faisant pencher le corps en avant, je le dégageai promptement et l'amenai au-dehors. Sa longueur était de 9 $\frac{1}{2}$ pouces ; une des extrémités était raboteuse et inégale.

Pendant plusieurs jours, l'état du malade fut très-fâcheux ; le mal local, joint au trouble de l'âme, détermina des symptômes alarmans. J'eus enfin la satifaction de le voir entièrement rétabli ; et il a toujours dès lors (c'est-à-dire depuis plus de deux ans), joui d'une bonne santé, l'action des intestins n'ayant pas cessé d'être régulière, sans le secours des purgatifs ou de tout autre moyen.

APPENDICE,

par Mayor, Docteur-Chirurgien.

Je fus un jour appelé chez la femme X..., pour lui donner quelques conseils, rélativement à ce qu'elle appelait un cancer de la matrice, dont elle souffrait depuis nombre d'années.

Au premier examen, je trouvai qu'elle avait une chute complète de la matrice, avec renversement du vagin, à la partie antérieure duquel il y avait deux ulcérations causées par les urines.

Le volume de la tumeur, en dehors de la vulve, était de cinq pouces de longueur, sur deux pouces et demi de diamètre; elle était ovoïde, et terminée à la partie inférieure par le museau de tanche.

J'en fis la réduction, non sans quelque peine, et immédiatement après, la malade eut un besoin d'uriner, qui l'obligea à quitter son lit; je ne fus pas peu étonné d'entendre un bruit répété de pierres qui tombaient dans son vase de nuit; j'en receuillis trente-six, elles

étaient rondes, grenues, sans aucune facette, du diamètre de deux à quatre lignes; toutes sortirent sans autre effort que celui que fit la malade pour uriner; c'était la première fois qu'elle rendait des calculs, et dès lors elle n'en plus a rendu; elle a vécu encore deux ans.

Dans un pays où les habitans sont fort peu sujets à la pierre, on peut, sans faire une conjecture trop hasardée, dire que la formation de ces calculs a été due au déplacement de la vessie, dont le fond, entraîné par le vagin, se trouvait habituellement plus bas que le canal de l'urètre. Il est évident aussi que le canal était naturellement très-grand chez cette malade, puisque ces calculs sont sortis sans aucune peine; d'ailleurs, le lendemain de leur sortie, je sondai cette femme avec un énorme cathéter, et j'aurais même pu introduire le doigt dans l'urètre si je l'avais jugé convenable.

Je donnai quelques-uns de ces calculs à M. Peschier, l'un de nos chimistes distingués, pour qu'il voulût bien en faire l'analyse.

Un des plus gros pesant 5 grains, contenait

Acide urique	4
Phosphate de chaux	0, 75
Matière animale	0, 25
	5 gr.

Un second pesant 4, 75 grains donna

Acide urique	5
Phosphate de chaux	1, 30
Matière animale	0, 40
	4, 70
Perte.	5

Un troisième pesant 1, 75 grain fournit

Acide urique	1, 25
Phosphate de chaux	0, 35
Matière animale	0, 15
	1, 75

TROIS CAS DE CALCULS

Extraits de l'urètre, sans emploi d'instrumens tranchans, par Astley COOPER, *membre de la Société Royale, chirurgien de l'hôpital de Guy.*

Extraits des Transactions médico-chirurgicales, v. VIII.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

par J. P. DUPIN, Docteur Chirurgien.

LE premier volume des Transactions médico-chirurgicales, renferme un mémoire très-intéressant de M. THOMAS, sur la dilatation du méat urinaire. A la lecture de ce mémoire, je résolus de saisir la première occasion qui se présenterait, d'appliquer le même principe à l'extraction d'une pierre de la vessie ; et ayant donné à connaître dans mes leçons l'heureuse issue d'un cas de ce genre, deux de mes

amis, M. Wright de Nottingham, M. John Okes de Cambridge, employèrent les mêmes moyens avec un succès égal.

Premier Cas.

Phillis Keen ne pouvait garder son urine, depuis son dernier accouchement, qui avait eu lieu dans l'été de 1809; elle fut admise le 30 Mai 1810, dans l'hôpital de Guy, ayant les symptômes de la pierre. Le jeudi 21 Juin, à midi, un morceau d'éponge fut placé dans l'urètre, et retiré le lendemain à une heure; des tenettes moyennes furent alors introduites dans la vessie, et l'on fit l'extraction d'une pierre, de plus d'un pouce de long, sur trois quarts de pouce de large. Le 27 Juin, cette femme fut renvoyée guérie, et débarrassée des accidens de la pierre; mais l'incontinence d'urine subsistait, lorsqu'elle quitta l'hôpital, comme avant l'opération.

Second Cas.

M. John Wright de Nottingham, ayant eu connaissance du cas précédent, pratiqua l'opération, et m'adressa la lettre suivante :

Monsieur.

J'espère qu'il vous sera agréable de recevoir communication du cas suivant, d'extraction de la pierre chez une femme, et vous prie en même temps d'accepter le *calcul.*

Je suis, etc. John WRIGHT.

Elisabeth Nutt, enfant foible et de petite taille, âgée de six ans, était affectée des symptômes de la pierre depuis quatre ans, lorsqu'elle entra dans l'hôpital général de Nottingham le 28 Avril 1812. L'urètre de la malade fut dilaté par le moyen d'une tente d'éponge jusqu'au 5 Mai, et l'on put alors extraire avec une pince à polype une grosse pierre pesant une once et demie (avoir du poids). Cette petite fille quitta la maison, délivrée de la maladie, le 9 du même mois, quatre jours seulement après l'extraction.

Nottingham, 12 Mai 1812.

J'ai reçu aussi la lettre suivante de mon ami et élève M. Okes :

Monsieur.

Permettez moi de vous exposer avec détail un cas d'extraction de calcul de la vessie uri-

naire après la dilatation artificielle de l'urètre.

Je suis, etc. John Okes.

Ce n'est pas sous le rapport de la nouveauté, que je mets sous vos yeux le cas actuel, mais plutôt comme une preuve nouvelle de la dilatabilité, et de la contractilité de l'urètre chez la femme. Les orifices de la matrice, du vagin et du rectum sont susceptibles d'une dilatation prodigieuse, et M. Thomas a rapporté, dans le premier volume des Transactions médico-chirurgicales, un fait qui démontre que l'urètre de la femme peut non-seulement acquérir un degré de dilatation très-étendue, mais encore, après une semblable extension, recouvrer sa tonicité, de manière à mettre la malade à l'abri de l'incontinence d'urine, accident qui résulte presque inévitablement de l'incision du sphincter de la vessie.

En Juin 1815, une fille d'environ onze ans, portant un calcul dans la vessie, me consulta, en m'exprimant la résolution de se soumettre à une opération quelconque, qui lui offrirait la chance d'être délivrée de ses cruelles souffrances. Il fut décidé qu'on dilaterait l'urètre avec des tentes d'éponge; et comme la santé générale de la malade était bonne, on ne fit d'autre pré-

paration que d'administrer un purgatif avant d'entreprendre l'opération. Le soir même du jour où la médecine avait été prise, un morceau d'éponge préparée lié d'un cordon, et aussi gros qu'il fût possible, fut placé dans l'urètre; la malade prit immédiatement après quarante gouttes de teinture d'opium; elle passa une nuit assez tranquille, l'urine s'écoulant au travers de l'éponge. Le lendemain matin, on retira celle-ci qui était extrêmement gonflée, on en introduisit de la même manière un second morceau plus gros, et l'on prescrivit la même dose de teinture d'opium. Cette seconde tente produisit plus de douleur que la première, mais pas assez pour faire renoncer au plan adopté; l'éponge fut en conséquence introduite matin et soir, pendant trois jours, en augmentant son volume autant que possible, et administrant par intervalles autant de teinture d'opium qu'il était nécessaire pour appaiser la douleur. L'après-midi du troisième jour, l'urètre paraissant suffisamment dilaté pour permettre une tentative d'extraction, l'on fit passer facilement dans la vessie des tenettes, au moyen desquelles le calcul fut retiré sans beaucoup de difficulté. Cette extraction aurait été encore plus facile, si le calcul ne se fût pas trouvé saisi dans le

sens de son plus grand diamètre ; les parties cependant ne furent pas notablement offensées, et il ne coula que quelques gouttes de sang après l'opération.

La jeune fille eut un bon sommeil pendant la nuit, et présenta le lendemain quelques légers symptômes fébriles. Ils furent combattus par le traitement ordinaire en pareil cas ; l'urine coula involontairement pendant trois jours ; l'incontinence cessa à cette époque, et la malade a toujours dès lors joui de la faculté de retenir parfaitement son urine.

Le calcul, dont je vous envoie la gravure dans ses dimensions naturelles, pesait quatre gros ; il a trois pouces $\frac{3}{8}$ dans sa grande circonférence, et trois pouces $\frac{1}{8}$ dans la petite, et comme les tenettes le saisirent malheureusement dans le sens de son plus grand diamètre, l'on accordera facilement, en ajoutant l'épaisseur des mors, que la distension de l'urètre égalait un cercle de trois pouces $\frac{3}{4}$ de circonférence.

Le résultat heureux de cette opération, même avec la circonstance défavorable de la manière dont la pierre a été saisie, est une preuve de plus en faveur de la méthode par dilatation ; il faut aussi observer qu'un avantage parti-

culier à l'emploi de l'éponge, comme moyen de dilatation de l'urètre, est de permettre en même temps l'écoulement de l'urine, et de s'opposer ainsi à l'irritation que causerait la rétention de ce liquide dans la vessie, si l'on se servait de toute autre espèce de tente.

Remarques.

Chez les adultes, il ne sera pas nécessaire de laisser séjourner le morceau d'éponge plus de vingt-quatre heures, pour permettre l'extraction d'une pierre de gros volume sans trop d'irritation; mais chez les enfans, la dilatation doit être plus graduelle, parce que leur irritabilité plus grande la leur rend plus douloureuse. La retention de l'urine, pendant le séjour de l'éponge dans l'urètre, cause aussi une irritation considérable, et il serait en conséquence convenable de pratiquer sur un des côtés de la tente, une gouttière qui permît à l'urine de s'échapper, ou, comme l'a conseillé mon ami M. C. Hutchinson, de placer un cathéter dans le centre (1).

---

(1) Il est assez singulier que M. Cooper se propose

Cette méthode offrira un grand avantage, si l'on vient à constater que, dans la majorité des cas, la faculté de retenir l'urine subsiste après l'extraction de la pierre, car la plus forte objection qu'on peut faire à l'emploi du gorgeret ou du bistouri, dans la taille chez les femmes, est l'incontinence d'urine qui en est la conséquence, et qui, rendant la malade à charge à elle-même, et aux siens, l'expose à des excoriations perpétuelles. M. Hey a conseillé, il est vrai, l'introduction d'une éponge dans le vagin, dans l'espoir que le rapprochement constant des bords de la plaie en provoquera la réunion ; lorsqu'on a recours à l'instrument tranchant, l'on peut, en effet, tenter ce moyen.

Un autre avantage de cette méthode est de pouvoir être employée aussitôt que l'on vient à reconnaître une petite pierre dans

---

cette difficulté, après avoir vu, dans les cas cités, que la présence de l'éponge dans l'urètre ne s'oppose pas à un suintement de l'urine suffisant pour prévenir la distension de la vessie.

Note du Traducteur.

la vessie, alors que l'extraction en est très-facile, et à une époque où l'on oserait à peine proposer une opération plus dangereuse, plus importante, et plus douloureuse.

HISTOIRE D'UN CAS,

Dans lequel un grand nombre de calculs ont été extraits de la vessie sans emploi d'instrumens tranchans, par Astley COOPER, *chirurgien de l'hôpital de Guy.*

Extrait des Transactions médico-chirurgicales, vol. XI.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

par J. P. DUPIN, Docteur-Chirurgien.



QUOIQUE l'opération de la taille soit maintenant exécutée avec un degré de promptitude et de sûreté, qui la rend beaucoup moins effrayante pour le malade, et moins difficile pour le chirurgien, qu'avant le temps de Chéselden; cependant toute personne de bonne foi conviendra que l'invention de moyens, capables d'en rendre la nécessité moins fréquente, serait un des plus grands bienfaits

qu'on pût offrir à l'humanité ; car lors même qu'elle est pratiquée dans les circonstances les plus favorables, l'extraction d'une pierre est toujours accompagnée de cruelles douleurs, et de beaucoup de difficulté et de danger, si le volume en est considérable. Ç'a donc été pour moi un sujet de grande satisfaction, de voir, dans le cas suivant, un grand nombre de calculs retirés de la vessie, par des moyens qui, sans répandre le sang du malade, ont été exempts de danger, et n'ont occasioné qu'une médiocre douleur.

Je sens parfaitement l'impossibilité d'extraire de gros calculs urinaires par le procédé dont il est ici question ; cependant, je ne puis m'empêcher d'espérer qu'il pourra réussir dans les commencemens de la maladie, avant que les pierres aient acquis un volume trop considérable, pour traverser l'urètre.

Il sera aussi très-difficile d'imaginer pour les enfans un instrument, tout à la fois assez mince pour être introduit dans la vessie le long de l'urètre, et assez fort pour saisir solidement le calcul, et l'extraire avec sûreté.

Je vais maintenant donner les détails du cas, tels qu'ils ont été rapportés par le malade lui-même ; je terminerai par quelques ob-

servations sur les moyens qui furent employés pour sa délivrance, et sur les circonstances particulières dans lesquelles ils sont praticables.

Histoire rapportée par le Rév. M. Bullen.

Le Rév. John Bullen de Barnwell, près Cambridge, âgé de 64 ans, maigre et d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, qui lui permettait de se livrer fréquemment au plaisir de la chasse, et menant un genre de vie très-modéré, fut attaqué, en Mai 1818, des symptômes qu'il décrit lui-même de la manière suivante :

Je fus tout-à-coup atteint de besoins fréquens d'uriner, et d'une sensation désagréable le long de l'urètre, qui se soutint, avec plus ou moins de violence, pendant une quinzaine de jours; je fus alors surpris d'appercevoir à l'orifice du canal une petite pierre ronde et blanche. La sortie de ce calcul, qui me causa à peine quelque douleur, ne produisit aucun amendement des premiers symptômes, qui continuèrent sans diminution, soit de l'irritation, soit du besoin fréquent d'uriner. Je restai dans cet état jusqu'au mois de Juin suivant;

pendant ce mois je rendis une trentaine environ de calculs semblables, sans éprouver d'autre incommodité qu'une légère cuisson le long de l'urètre. A la fin de Juin je fus, sans aucune cause assignable, tout-à-coup délivré de cette émission de calculs, et de tout autre symptôme, à l'exception du besoin fréquent d'uriner, incommodité qui ne m'inspirait aucun sentiment d'inquiétude ou de crainte.

Dans l'hiver suivant, je fus atteint de douleurs au dos et aux lombes, pour lesquelles M. Brewster de Cambridge, dans la supposition que la gravelle en était la cause, me prescrivit les remèdes qu'il jugea propres à les soulager, mais sans obtenir aucun avantage permanent.

J'étais cependant toujours en état de me livrer à la chasse, mon plaisir favori, quoique souvent obligé de mettre pied à terre pour uriner ; n'ayant rien changé jusqu'alors à ma manière de vivre habituelle.

Il ne se fit jusqu'en Décembre 1819 aucun changement important ; je m'aperçus alors que l'exercice du cheval devenait beaucoup plus pénible, et le besoin d'uriner plus fréquent, et accompagné de quelque difficulté dans l'expulsion ; en même temps, l'urine, per-

dant sa couleur et sa limpidité, prit l'apparence du chocolat. Divers remèdes ayant été prescrits inutilement contre ces symptômes, je pensai à consulter M. Abbott, chirurgien très-distingué de Cambridge ; il m'ordonna des remèdes qui me firent d'abord beaucoup de bien, mais ce soulagement fut de courte durée ; car les symptômes reparurent dans toute leur première force, et la maladie résista opiniâtrement au traitement interne le plus judicieux.

Dans le mois de Juin suivant, mon ami le docteur Thackeray de Cambridge fut appelé en consultation avec M. Abbott ; et tous deux pensant que les symptômes étaient dus à une pierre dans la vessie, l'on introduisit la sonde pour en reconnaître la présence, mais sans pouvoir y parvenir.

La maladie se soutenant au même degré, M. Abbott, toujours persuadé de l'existence d'une pierre, me sonda de nouveau quinze jours après, mais les calculs échappèrent encore à sa recherche, pour des raisons que l'on verra plus bas. Dans le but de me soulager du besoin fréquent d'uriner, et d'adoucir la douleur que me causait l'évacuation des urines, l'on me prescrivit l'usage d'un lavement opiacé en

me mettant au lit ; j'en obtins beaucoup de soulagement, mais si j'y manquais une seule fois, les accidens revenaient avec leur première violence.

Dans cette douloureuse situation, je me déterminai à consulter M. Astley Cooper, et le 17 Août je me rendis à Londres. M. Cooper soupçonnant d'après mon récit qu'il y avait une pierre dans la vessie, me sonda ; mais après une recherche de quelques minutes, il ne put en découvrir ; alors il m'engagea à uriner, et la sonde ayant été de nouveau introduite, on l'entendit distinctement frapper contre une pierre. Il me déclara alors que je n'avais d'espérance de guérison que dans l'opération de la taille, me faisant observer en même temps, que comme je n'avais pas été suffisamment affaibli par l'irritation de la maladie, il valait mieux pour moi retourner à Cambridge, pour y réduire, en suivant un certain régime, la forte santé dont je paraissais jouir. Il me prescrivit aussi l'usage des alcalis, afin de diminuer l'irritation. Je retournai chez moi avec ces directions, et j'y restai jusqu'au mois d'Octobre 1820, faisant usage de la soude et des lavemens opiacés. Mes souffrances n'étant diminuées que pour le moment,

et ne voyant pas de probabilité à obtenir quelque chose de plus des remèdes internes, je me rendis à Londres le 23 Octobre pour y subir l'opération ; on convint de la pratiquer le trente.

Au jour désigné, M. Cooper, son neveu M. B. Cooper, et M. Merriman jeune se rendirent chez moi. En me sondant, tous les assistans purent entendre le bruit du choc de la pierre contre l'instrument ; cependant M. Cooper pensa que la pierre était assez petite pour permettre l'extraction sans inciser la vessie ; il se détermina en conséquence à ne pas pratiquer l'opération, me disant qu'il voulait essayer de me débarrasser de mon mal par des moyens moins dangereux. Cette circonstance fit heureusement remettre l'opération.

Le trois de Novembre, je me rendis chez M. Cooper qui introduisit jusque dans la vessie une grosse bougie, dans le but, dit-il, de dilater l'urètre, et de donner au calcul la facilité d'être entrainé par le jet de l'urine. Cette opération fut répétée les 6, 10 et 13 Novembre ; mais le quatorze l'introduction des bougies produisit une inflammation de la prostate qui dut faire suspendre ce genre de traitement. L'effet de cette inflammation fut une rétention

d'urine, qui obligea M. Cooper à me sonder toutes les vingt-quatre heures; à chaque fois la pierre se fit reconnaître distinctement par la sonde. Après que l'inflammation eut été dissipée, la faculté d'évacuer l'urine n'étant point revenue, M. Cooper plaça une sonde élastique, et m'engagea à la porter, m'indiquant en même temps comment je devais la retirer, lorsqu'elle viendrait à me causer de la douleur ou à s'engorger; je découvris alors, à plusieurs reprises, de petites pierres blanches engagées dans les yeux de l'instrument, et semblables à celles que j'avais faites en 1818. M. Cooper instruit de ce fait, désira retirer la sonde lui-même, ce qui amena une pierre assez grosse pour en remplir une des ouvertures latérales. Le passage de ces calculs donna à M. Cooper l'idée d'un instrument, par le moyen duquel il pourrait extraire ceux qui restaient dans la vessie. Le 23 Novembre il apporta en effet avec lui quelques instrumens imaginés dans ce but; il se servit sur le champ de l'un d'eux, et eut le bonheur de retirer, dans une première tentative, huit calculs de petites dimensions. L'opération ne produisit qu'une douleur fort légère.

Le vingt-huit, on en retira par le même

moyen huit autres, plus volumineux que les premiers ; deux étant aussi gros que des fèves de haricots. Cette opération fut encore moins douloureuse que la première.

Le trente, on en retira onze, l'instrument en saisissant à chaque fois trois ou quatre. L'extraction de ceux-ci me soulagea beaucoup ; je fus, immédiadement après, en état de rendre une grande quantité d'urine par mes efforts seuls, tandis qu'auparavant, et depuis l'époque de l'introduction de la grosse bougie, je n'avais pu uriner sans le secours de la sonde.

Le 6 Décembre, on retira six pierres de la même manière ; le 13 neuf, le 19 trois, le 23 douze, et ainsi de suite, en ne mettant qu'un ou deux jours d'intervalle pour laisser dissiper l'irritation. L'opération fut répétée jusqu'à ce qu'on eut retiré de ma vessie quatre-vingt-quatre calculs ; après un examen très-attentifs, M. Cooper déclara qu'il n'en restait plus. Ma santé pendant tout ce temps fut constamment bonne, à l'exception de l'attaque de retention d'urine, provoquée par l'usage des grosses bougies ; je suis maintenant en état d'uriner sans le secours de la sonde, et de marcher presqu'aussi bien que jamais.

Remarques.

Lorsque l'on rencontre dans la vessie, comme dans le cas du Rév. M. Bullen, un grand nombre de calculs, cette circonstance est presque toujours accompagnée d'un engorgement de la prostate, et dépend de la formation d'un cul-de-sac dans la vessie, immédiatement derrière la glande tuméfiée. Dans ce cas, la vessie est rarement vidée complètement, et l'urine retenue dans le sac laisse crystalliser ses parties salines.

Ces pierres n'atteignent pas, en général, le volume de celles qui sont formées dans les circonstances ordinaires; leur nombre et le frottement des unes contre les autres, adoucissent leurs surfaces, et arrondissent leur forme. Lorsqu'il y a beaucoup de calculs dans la vessie, leur forme n'est pas globulaire; ils présentent des facettes irrégulières avec des angles émoussés. L'on trouva cinquante-six de ces calculs dans la vessie de M. Perkins, le brasseur, qui mourut de retention d'urine; et j'en retirai cent quarante-deux d'un malade de mon ami M. Carden, chirurgien à Worcester, qui l'avait soigné pendant quelque temps pour une retention d'urine.

Les personnes qui présentent la maladie sous cette forme, évacuent quelquefois les plus petits de ces calculs en urinant; mais les plus gros restent, ils produisent la rétention d'urine, et ils rendent souvent nécessaire l'opération de la taille.

Ainsi placées, les pierres sont tellement cachées dans le sac qui les renferme, qu'on est exposé, en sondant, à passer par dessus sans les reconnaître; il est, en conséquence, nécessaire de diriger contre le rectum l'extrémité de la sonde, au moment où elle pénètre dans la vessie, afin de les découvrir, ou d'introduire le doigt dans cet intestin, et de soulever ainsi l'espèce de lit qui les recèle.

J'ai retiré trente-sept calculs par l'opération de la taille, chez une personne pour qui on n'avait pas suivi ce procédé, et qui avait été déclarée non atteinte de la pierre.

L'instrument que je fis d'abord construire, pour extraire les pierres de M. Bullen, était simplement une pince ordinaire, du volume et de la courbure d'une sonde; mais M. Weiss, fabricant d'instrumens de chirurgie, dans le Strand, me montra une paire de pinces à balle, qu'il pensa devoir, avec un léger changement, mieux répondre au but que je me

proposais. Il enleva deux des branches de la pince qui en avait quatre, et leur donna la forme de celle que j'avais fait faire ; les branches de l'instrument pouvaient s'ouvrir et se fermer dans la vessie, par le moyen d'un stilet, de manière à saisir et retenir la pierre, et elles me parurent si convenablement construites, que je résolus de les essayer (voyez la planche). Le 23 Novembre 1820, je m'en servis pour la première fois de la manière suivante : M. Bullen étant placé en travers du lit, les pieds reposant sur les planches, j'introduisis une sonde d'argent pour évacuer l'urine. Je fis passer alors ma pince dans la vessie, et je fus assez heureux, dans cette première opération, pour retirer huit calculs.

L'introduction de l'instrument fut peu douloureuse, mais lorsque les branches chargées de pierres furent ouvertes dans leur plus grand écartement, je causai de la douleur en le retirant, surtout vers le gland, qui parait être la portion de l'urètre qui oppose le plus de résistance à l'extraction des pierres.

On administra une dose d'opium, après chacune des opérations que M. Bullen a décrites; souvent elle appaisa totalement l'ir-

ritation. Le malade, dans les intervalles des dernières opérations, vint à pied de Brompton à Londres, et ne fut jamais retenu dans son lit ou sa chambre, après le cessation de la rétention d'urine.



EXTRACTION d'une pierre, et d'une portion de catheter de la vessie d'une femme; avec appendice, par Sir Astley COOPER.

Extrait des Transactions médico-chirurgicales de Londres, vol. XII.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

Par CH. TH. MAUNOIR, D. C. et Prof.

MESSIEURS THOMAS, TRAVERS et moi, nous avons prouvé, et nous avons fait connaître dans les Transactions médico-chirurgicales de la Société, la dilatabilité de l'urètre, ou du méat urinaire de la femme; il reste à considérer, s'il n'y a pas de moyen préférable aux tentes d'éponge introduites dans l'urètre, pour en obtenir la dilatation. L'objection que l'on fait à l'éponge, c'est qu'il est nécessaire de la

porter pendant plusieurs heures, et que dans cet intervalle la malade est exposée à la douleur, et aux inconvéniens de la rétention d'urine. Je pris en conséquence la résolution de faire usage, à la première occasion qui se présenterait, d'un instrument construit sur le principe des *speculum*, pour agrandir le méat urinaire jusques à la vessie; instrument qui aurait l'avantage de donner passage à l'urine, tout en dilatant assez l'urètre, pour permettre l'introduction d'une tenette dans la vessie, et en extraire une pierre de grande dimension.

Cette occasion se présenta peu de temps après, le docteur Nuttall et M. M'Nab m'ayant prié de voir une malade, qui avait tous les symptômes de la pierre.

Première observation. Mad. M.'C... éprouvait depuis six mois une très-grande irritabilité de la vessie; la douleur était telle, et le passage des urines si souvent interrompu, qu'il y avait tout lieu de présumer qu'une pierre existait dans la vessie. Je la reconnus sur le champ par l'introduction de la sonde; le docteur Nuttall et M. M'Nab, entendirent le bruit de la percussion contre ce corps étranger. J'instruisis mad. M.'C... de la nature de sa maladie, et l'assurai en même temps, que je pourrais re-

tirer la pierre de sa vessie, sans avoir recours à aucun instrument tranchant ; elle n'opposa aucune difficulté. Je priai M. Weiss, dans le Strand, de me faire un speculum destiné à dilater l'urètre ; il construisit sur le champ un instrument meilleur qu'aucun de ceux que j'aurais pu imaginer dans ce but.

Le 19 Janvier 1822, en présence de ces Messieurs, je plaçai le dilatateur à huit heures du matin, et le retirai le même jour à quatre heures de l'après midi ; j'introduisis alors aisément le doigt dans la vessie, et je sentis immédiatement la pierre, dont je fis de suite l'extraction au moyen d'une tenette. Elle était friable, l'écorce extérieure s'en était détachée, et j'en retirai les fragmens avec une pince plate ; mais il en sortit, pendant quelques jours, avec les urines, des petites portions qui m'avaient échappé.

La malade avait été placée en travers du lit, sans qu'il fut nécessaire de l'assujetir avec des liens. Cependant il y eut après l'opération une violente fièvre d'irritation, qui exigea les soins du docteur Nuttall, et pour laquelle, les saignées et les fomentations devinrent nécessaires ; j'eus la satisfaction de voir la santé de la malade se rétablir enfin graduellement.

Elle avait conservé la faculté de retenir les urines ; jeune et nouvellement mariée, elle aurait regardé une incontinence d'urine comme un mal plus fâcheux que la mort.

Vu la facilité avec laquelle l'urètre avait cédé au dilatateur, il semblait inutile de laisser l'instrument aussi longtemps en place, avant de procéder à l'extraction de la pierre. En conséquence je me décidai, dans un autre cas, à dilater le méat urinaire seulement pendant quelques minutes, et à passer de suite à l'extraction du corps étranger contenu dans la vessie.

Seconde Observation. Le lundi 24 Mars, je fus appelé par M. Ilott, de Bromley, comté de Kent, pour une de ses malades ; elle avait été obligée, par suite d'une rétention d'urine, de se servir du cathéter, qu'elle introduisait elle-même ; la dernière fois qu'elle en avait fait usage, il s'était brisé, et une portion était restée dans la vessie.

Très allarmée de cet accident, et sentant la douleur s'accroitre lorsqu'elle urinait, éprouvant aussi une douleur très-vive à l'extrémité du canal, lorsqu'elle se promenait à pied ou en voiture ; elle consentit à l'extraction de l'instrument. Je fis l'opération de la manière suivante, en présence de M. Ilott.

La malade placée en travers du lit, la tête élevée sur un oreiller, les genoux écartés, et fléchis sur la poitrine, fut maintenue dans cette position par une garde malade, sans aucun lien, et sans autre moyen de contrainte.

Je portai le dilatateur dans le méat urinaire, et tournant la vis, je dilatai sur le champ le canal de l'urètre, jusqu'à ce qu'il fût possible d'introduire le doigt. Le dilatateur resta en position pendant deux minutes, au bout desquelles j'introduisis, entre ses lames, une tenette jusques dans la vessie; alors M. Ilott retira le dilatateur.

Ne pouvant apercevoir immédiatement le cathéter avec la tenette, je la retirai, et je fis pénétrer le doigt, avec lequel je le sentis fixé dans la portion de la vessie, qui répond au haut du rectum; puis l'ayant ramené dans l'axe de la vessie et du méat urinaire, je plaçai de nouveau la tenette, et je fis l'extraction de l'instrument rompu. La douleur de l'opération fut courte et très-supportable; l'urine sortit involontairement jusqu'au retour de l'époque menstruelle, alors la malade reprit la faculté de la retenir.

Remarques.

Les avantages de ce procédé comparé avec l'opération où l'on emploie l'instrument tranchant ou le gorgeret, consistent :

1.° Dans la facilité avec laquelle il s'exécute.

2.° Dans l'absence de tout danger, à moins que la dilatation ne soit faite trop brusquement, et que l'on ne laisse pas pendant un terme convenable l'instrument dans le canal; alors l'irritation et la contusion qu'il opérerait, surtout chez une personne très-sensible, occasionneraient un état fébrile, et peut-être l'inflammation de la vessie.

3.° Dans le peu de temps où l'opération peut se faire, et le peu de douleur qu'elle cause; l'expérience fera connaître s'il convient de dilater l'urètre en quelques minutes, ou pendant plusieurs heures, ou même en plusieurs jours et par degrés insensibles. Je suis enclin à croire que si la pierre est petite, l'opération doit être faite en quelques minutes; mais que lorsqu'elle est d'un gros volume, il sera plus convenable de dilater graduellement de jour à jour, jusqu'à ce qu'on ait atteint le plus grand de-

gré possible de dilatation, en évitant néanmoins la contusion qui est toujours un accident fort à redouter.

4.° Son plus grand avantage est de conserver la faculté de retenir les urines ; car si la dilatation l'anéantissait, comme le fait l'incision, je la regarderais comme ayant peu de mérite ; puisque bien que celle-ci soit un moyen d'enlever la douleur qu'occasionne la présence de la pierre, elle expose les malades à de grandes souffrances dépendantes de l'excoriation; quels que soient les soins de propreté, lorsque cet accident est produit par la filtration continuelle des urines, il rend la malade insupportable à toutes les personnes qui l'entourent.

Signé, Astley COOPER.

APPENDICE.

Par M. Chapman de Wandsworth, et par M. De Birt de Diss, en Norfolk, communiqué par Sir Astley Cooper.

J'Ai reçu depuis longtemps, de deux de mes amis, les observations suivantes que leur intérêt médical m'engage à publier.

Wandsworth, 29 Décembre 1817.

Monsieur.

En parcourant la seconde partie du dernier volume des Transactions médico-chirurgicales, je vois que vous avez fait des recherches sur la dilatabilité du méat urinaire chez la femme; je saisis cette occasion pour vous envoyer un cathéter oxidé, qui a demeuré près de trois semaines dans la vessie d'une femme, et qui s'y était insinué dans le moment où elle se tournait sur le côté pour prendre un vase de nuit; la vessie était alors fort distendue par l'urine. L'extraction de cet instrument se fit par l'intermède du doigt seulement, sans avoir pré-

paré le passage avec l'éponge ; cette opération ne fut pas sans difficulté, mais elle ne fut point très-douloureuse, quoique pratiquée dans des circonstances défavorable, puisqu'il fallut cacher à la malade et à ses amis, la nature de l'accident. J'ignorais que l'urètre pût se dilater aussi facilement, jusqu'au moment où, après avoir introduit inutilement et à plusieurs reprises, une pince ordinaire, pour reconnaître plus sûrement la situation précise du cathéter, je m'avisai d'y porter le petit doigt, lequel s'étant facilement frayé passage, j'introduisis l'indicateur de la main droite, jusqu'au manche de l'instrument, que je fis arriver vers l'orifice de la vessie, en combinant les mouvemens de l'index, qui était dans la vessie, avec ceux de la main gauche, placée sur l'abdomen, et je parvins ainsi à extraire l'instrument, sans que la malade et les assistans eussent connaissance de ce que j'avais eu l'intention de faire. J'ai rapporté ce fait, pour ajouter, si cela est nécessaire, à l'évidence de la facilité avec laquelle on peut dilater l'urètre, et pour faire voir l'utilité et la convenance du procédé employé par M. Thomas, pour extraire un cure-oreille de l'urètre, procédé au moyen duquel la malade échappa

à une opération, qui devait être faite avec le bistouri caché.

Je suis, Monsieur, etc.

Signé, Thomas CHAPMAN.

L'auteur de l'observation précédente, possède un calcul d'une assez grande dimension, qu'il a extrait après avoir incisé l'urètre d'un homme ; il étoit arrêté dans ce canal à quatre ou cinq pouces de l'extrémité du gland; la personne ignorait, jusqu'au moment de l'opération, qu'elle fut sujette à la pierre, n'ayant jamais senti ni douleur, ni aucune difficulté dans l'excrétion des urines.

Dilatation artificielle de l'urètre chez la femme, etc., par George Birt, membre du Collége Royal de Chirurgie.

Je fus consulté, en Janvier 1814, par mad. B..., femme âgée d'environ 45 ans, d'une petite stature, et d'une complexion lâche. Les symptômes qu'elle éprouvait me firent supposer, qu'elle était atteinte d'une pierre dans la vessie; je l'engageai à se laisser examiner, pour éclairer ma conjecture, mais elle s'y réfusa positivement, m'assurant qu'un médecin qu'elle avait consulté, avait fait des recherches réitérées sans découvrir aucun calcul; je me décidai alors à suspendre mes visites.

Le 30 Avril, le mari étant arrivé de très-grand matin chez moi, m'informa que son épouse souffrait cruellement de l'impuissance dans laquelle elle se trouvait depuis quelques heures, d'évacuer ses urines; et il me pria instamment de me rendre auprès d'elle. La vessie était fort distendue, je déclarai l'urgente nécessité d'évacuer les urines avec le

cathéter. La dame y ayant consenti, j'aperçus et j'entendis distinctement, en introduisant la sonde, le bruit de la pierre qui fut refoulée; il sortit environ quatre pintes d'urine de la vessie. Je fis alors sentir qu'il était nécessaire d'extraire la pierre; on avait déjà conseillé à la malade de se rendre à l'hôpital de Norfolk et de Norwich, pour y subir la lithotomie, mais elle s'y était refusée. Je l'assurai que j'avais quelque espérance de retirer la pierre, sans opération. Alors elle adhéra à tout ce que je jugerais convenable; je lui avais promis de la revoir le lendemain, mais je fus obligé de me rendre chez elle, dans la soirée, pour une nouvelle rétention d'urine; depuis mon départ il ne s'en était pas écoulé une goutte, et la distention de la vessie lui faisait éprouver de vives douleurs. Je rencontrai la pierre avec le cathéter, comme je l'avais fait le matin; je plaçai alors la dame comme pour l'opération de la lithotomie, j'introduisis successivement deux sondes dans la vessie, à l'aide desquelles je dilatai l'urètre, au bout de quelques minutes j'eus assez de place pour y substituer une pince et saisir la pierre. L'index de la main gauche, placé dans le vagin, ne contribua pas peu à

affermir le calcul dans sa position ; et à l'empêcher de retomber dans la vessie ; en moins de dix minutes je pus en faire l'extraction. Je cherchai ensuite avec le cathéter, s'il n'y avait pas d'autres pierres, il n'eut pas plus tôt franchi le col, que j'en heurtai une seconde, que je sentis distinctement avec le doigt porté dans la vessie ; je la saisis avec la pince, et la conduisis, comme précédemment, avec le doigt placé dans le vagin ; la pierre était plus grosse, elle présentait plus de difficulté à être extraite. La femme perdait patience, je n'avais pas moi-même les aides nécessaires pour la forcer au repos ; je me décidai alors à inciser l'orifice du méat avec la pointe d'une lancette, ce qui me facilita l'extraction du calcul. L'incision n'eut pas plus d'un huitième de pouce, et je ne doute point qu'on eut pu faire sans elle cette extraction, si la malade fut restée tranquille quelques instants de plus. Les deux opérations durèrent près d'une demi-heure. Une troisième exploration de la vessie ne me fit rencontrer aucun autre calcul.

Je donnai un calmant à la malade. Elle n'urina point pendant la nuit, ce qui m'o-

Osservazioni *pratiche sui vantaggi della nuova maniera di eseguire la Paracentesi dell' addome ne' casi di gravidanza susseguita da Ascite.*

Comparazione *fra la nuova maniera di praticare la Paracentesi dell' Addome ne' casi di gravidanza susseguita da Ascite, e quella usata dal Sig. Langraff.*

VOLUME II.

Memoria *sull' Ernia del Perineo.*

Memoria *sulla legatura delle principali arterie degli Arti, per la cura dell' Aneurisma.*

Lettere *al Professore Vaccà sulla legatura temporaria delle principali arterie degli arti.*

Lettera *al Dottore Omodei sul modo più spedito, e sicuro di slacciare le principali arterie.*

Appendice *all' Opera sull' Aneurisma.*

Lettere *al Professore Maunoir sulla Caterata, e sulla pupilla artificiale.*

Osservazioni *sopra alcuni casi rari in Chirurgia.*

Il prezzo di ognuno de' due sopradetti Volumi sarà di lire quindici *austriache* pagabili all' atto della consegna di cadaun Volume. Questo prezzo però resta in cotal limite fissato solamente pel tempo che trascorrerà dalla pubblicazione del presente Manifesto a quello del secondo Volume, giacchè uscito questo secondo alla luce, l' Opera intera non sarà più vendibile che al prezzo di lire trenta *italiane*. Laonde coloro, i quali intendono godere dell' enunciato vantaggio sono pregati a far pervenire all' Editore, o ai principali Libraj distributori del presente manifesto le loro dimande prima della pubblicazione del secondo Volume.

Finalmente si avverte che alcuni dei nominati Opuscoli saranno vendibili anche separatamente.

AVVISO TIPOGRAFICO.

Delle Memorie di chirurgico argomento date in luce d… Prof. Cav. Scarpa in epoche diverse, poichè alcune furono inserite negli Atti di varie Accademie scientifiche; altre i… Opere periodiche diverse; altre pubblicate bensì separata… mente, ma in picciolo numero di esemplari, lo Stampator… Librajo Pietro Bizzoni per soddisfare al desiderio dei Coltiv… tori delle Scienze Chirurgiche è venuto nella determinazion… di darne una compiuta Raccolta, corretta, ed accresciu… dall' Autore, e corredata di dodici Tavole originali incise d… celebre Anderloni. L' Opera intitolata *Opuscoli di Chirurgi…* sarà divisa in due volumi in 4.° in carta sopraffina, co… seguente distribuzione delle materie.

Volume I.

Memoria *sullo Scirro, e sul Cancro.*
Memoria *sul Conduttore tagliente di Hawkins.*
Nota *sulla Litotomia.*
Memoria *sul taglio ipogastrico.*
Lettera *al Professore Maunoir sul taglio Retto-vescicale.*
Saggio *di Osservazioni sul taglio Retto-vescicale.*
Esame *della Terza Memoria del Professore Vaccà sul… glio Retto-vescicale.*
Nota. *Osservazioni pratiche sui svantaggi del taglio Re… vescicale a fronte del Laterale.*
Memoria *sull' Idrocele del Cordone Spermatico.*
Memoria *sulla Gravidanza susseguita da Ascite.*

bligea encore à passer le cathéter ; mais le jour suivant elle put contenir et chasser ses urines sans douleur, et dès cette époque, elle retourna à ses occupations domestiques. Sa santé n'a pas été altérée depuis cette opération.



EXTIRPATION TOTALE

DE

LA MATRICE CARCINOMATEUSE,

Pratiquée avec succès, sans chute préalable de l'utérus, naturelle ou artificielle,

par Jean-Nép. SAUTER, Docteur,

Conseiller de médecine du Grand-Duc de Bade, et Membre de plusieurs Sociétés savantes, résidant à Constance.

TRADUIT LIBREMENT DE L'ALLEMAND,

par Charles G. PESCHIER, Doct.-Chirurgien.

EXTIRPATION TOTALE

DE LA MATRICE CARCINOMATEUSE.

Histoire abrégée de l'extirpation de la matrice.

On peut ranger sous deux classes les extirpations de la matrice, sous le point de vue historique; la première comprend celles où, soit accident, soit ignorance, soit à dessein, on a extirpé ou lié cet organe dans l'état sain, après l'avoir précipité ou entraîné hors de la vulve. La seconde renferme les tentatives d'extirpation de matrices carcinomateuses, faites dans le but de sauver les jours des malades.

Les opérations renfermées dans la *première classe* ne sont pas immédiatement l'objet dont nous nous occupons; elles ne peuvent être considérées, que comme ayant fait accidentellement connaître la possibilité de l'extirpation

méthodique de l'uterus, lorsque cet organe est atteint d'une maladie incurable par tout autre moyen.

On trouve dans les auteurs anciens des cas où, la chute de la matrice ayant été méconnue, on a fait, par ignorance, la résection de cet organe, et où la nature a guéri les malades; nous nous dispenserons de faire ici la recherche des documens de l'impéritie, et nous passerons les cas eux-mêmes sous silence.

Parmi les méprises semblables qui se sont offertes dans les temps modernes, la suivante, dont la connoissance est due au savant Prof. WRISBERG de Göttingue, a ceci de très-remarquable, qu'elle a probablement conduit le Prof. OSIANDER à entreprendre l'extirpation de la matrice cancéreuse (1).

Une sage-femme prit pour une excroissance une matrice saine, qui s'était renversée après un accouchement naturel, et qui dépassait en entier les grandes lèvres; elle la retrancha avec un couteau de cuisine : la femme guérit et vécut encore plusieurs années.

Le Docteur BERNHARD, médecin et accoucheur aux bains d'Alveneu dans les Grisons,

(1) Voyez les *Göttinger gelehrten Anzeigen* pour 1787, n.° 81, p. 810.

raconte (1) une histoire pareille qui eut lieu à peu près en 1802.

Une femme de 35 ans, robuste, dont le bassin était trop large, accoucha naturellement; les sages-femmes voulant extraire le placenta, tirèrent sur le cordon, et l'arrachèrent; une grosse masse creuse ayant alors paru à la vulve, elles la prirent pour l'arrière-faix, et la tirèrent au-dehors; mais malgré leurs efforts, elles ne purent parvenir à l'extraire : elles résolurent alors de retrancher toute la masse, en la coupant aussi haut qu'elles le pourraient; ce qui fut exécuté au moyen d'un rasoir. Il en résulta une hémorrhagie effrayante, qui fut arrêtée par l'effet combiné de la glace introduite dans le vagin, et d'une défaillance complète.

La malade guérit sans autre moyen médical que le repos et la diète laiteuse; une incontinence d'urine fut la seule suite de ce traitement insensé.

Alex. HUNTER a décrit (2) l'extirpation

---

(1) Dans la *Lucina* de Siebold, Vol. I, n.° 3, p. 401.

(2) Voy. *Duncans Annals of Medicine*, 1799, VI partie.

préméditée d'une matrice renversée, unie à une tumeur; cette opération fut pratiquée à Dumbarton, et suivie de succès. Après un accouchement naturel et facile, il survint à la malade une rétention d'urine et des douleurs utérines; la matrice se renversa et fut chassée avec une tumeur au-dehors de la vulve; on eut beaucoup de peine à la faire rentrer dans le vagin; au bout de quelques jours, elle retomba de nouveau; on la refoula une seconde fois, et elle demeura cachée environ huit jours, puis elle ressortit une troisième fois; quinze jours après, il survint un écoulement de sang qui provenait de la surface de l'utérus renversé; la malade fut saisie de fièvre. HUNTER se décida à faire l'extirpation de l'organe déplacé; il le lia à sa base, puis l'emporta d'un seul coup; la malade guérit.

On trouve dans un recueil (1) l'histoire d'une extirpation de matrice, entreprise en 1805, par le Doct. Joseph CLARKE, à la suite d'une chute de cet organe; cette observation est tirée du *Journal de Médecine*, Vol. IX, an XIII.

---

(1) *Sammlung auserlesener Abhandlungen zum Gebrauch für praktische Aerzte*; Vol. XXIV, n.° 1. p. 59.

Après avoir mis au monde son premier enfant, une jeune dame fut atteinte d'une chute de matrice, qui fut en partie méconnue des médecins, et en partie traitée sans qu'on y apportât l'attention requise. Pendant long-temps la malade fut tourmentée d'une hémorrhagie et d'autres fâcheux accidens. CLARKE fut appelé onze jours après l'accouchement; il prit la tumeur, qui était située dans le vagin, pour un polype; aidé d'un autre chirurgien, il la serra dans une ligature, ce qui causa à la malade de violentes douleurs et des vomissemens. La ligature fut serrée de temps en temps, mais on fut obligé de l'enlever sans qu'elle eût rempli le but qu'on se proposait. Aussitôt après, la malade fut délivrée de ses douleurs et des insomnies qui en étaient la conséquence, son état s'améliora, et les hémorrhagies disparurent. Au moment où la ligature fut fortement serrée, une tumeur considérable vint faire saillie jusqu'au dehors de la vulve; ce fut alors que CLARKE reconnut qu'il avait à faire à une matrice complètement renversée, et que c'était autour de cet organe que son confrère et lui avaient placé la ligature. Là-dessus il se décida à pratiquer l'extirpation de l'utérus, d'après l'exemple de HUNTER; il plaça une ligature à peu près à

un pouce plus haut que la trace encore visible de la première, et il coupa la tumeur au-dessous; l'opération fut pratiquée avec beaucoup de facilité et de promptitude. La femme se rétablit parfaitement, et vécut ensuite sans aucune incommodité.

Les uns et les autres de ces cas nous prouvent que l'extirpation de la matrice n'entraîne ni la perte de la vie, ni même un trouble notable dans les fonctions du corps, lorsque d'ailleurs celles-ci sont dans leur état naturel; ces cas ne méritent pas d'être qualifiés du titre d'opération difficile, et n'offrent rien de comparable à l'importance, au danger dans l'exécution, à la difficulté même d'établir le diagnostic et le prognostic de l'extirpation d'une matrice cancéreuse, qui est toute entière dans le corps, et où le plus souvent la constitution générale participe à la maladie.

Ce ne sont donc que les observations que nous comprenons dans la *seconde classe* qui ont un rapport direct avec notre but.

On peut ranger sous deux chefs les ouvrages qui en font mention; 1.° ceux qui rapportent des opérations pratiquées sur le vivant; 2.° ceux qui renferment les idées particulières, les remarques critiques et les principes théo-

riques des auteurs qui ont parlé sur ce sujet.

Osiander est incontestablement le premier qui ait pratiqué cette opération. L'italien Lazzari dit, il est vrai, dans le Journal de la Société Médico-Chirurgicale de Parme, pour 1812, que la priorité de la proposition en appartient à Monteggia; mais nous ne nous occupons point ici de *proposition*, il s'agit d'*exécution*.

D'après ce qu'il a publié en 1808 (1), Osiander, quinze ans auparavant, à peu près en 1793, dans ses leçons sur les maladies des femmes, doit avoir fait la proposition de chercher à guérir le cancer de la matrice, par l'extirpation de cet organe; et cela à l'occasion de l'histoire de Wrisberg : il doit y avoir ensuite ajouté différentes propositions, entr'autre celle que Struve a donné comme étant la sienne propre (2).

Ces idées, qu'elles reconnaissent Osiander ou Struve pour leur auteur, appartiennent

---

(1) Voy. *Versammlung der Königl. Societät der Wissenschaften in Göttingen.*

(2) Voy. *Hufelandische Journal*, 1803, Vol. XVI. n.° 3. p. 183.

à la seconde sous-division, vu qu'elles n'ont point de mérite pratique; c'est donc là que nous en parlerons.

Le 5 Mai 1801, OSIANDER pratiqua la première extirpation de matrice; elle mérite d'être textuellement citée(1), parce qu'elle occasionna tous les débats, pour et contre, qui ont eu lieu dès ce moment.

L'opération fut pratiquée sur une veuve, atteinte d'un cancer de l'utérus, dont l'état, d'après la description d'OSIANDER, était des plus déplorables.

« Un fongus carcinomateux du col de l'u-
« térus, de la grosseur de la tête d'un enfant,
« extrêmement fétide et sanguinolent, rem-
« plissait le vagin. Il fut saisi avec un forceps
« de Smellie et fortement tiré en embas.
« Comme on allait placer un lacs autour du col
« de l'uterus, le fongus se déchira, et il survint
« une hémorrhagie effayante. Les jeunes mé-
« decins et chirurgiens qui servaient d'aides,
» et quelques médecins expérimentés, parmi
« lesquels le Doct. OSIANDER cite pour témoin
« le Doct. ALTHOF, vivant à Dresde, con-

(1) Voy. *Göttinger gelehrten Anzeigen*, 1808.

« seillèrent de renoncer à l'entreprise, pen-
« sant que la femme ne pourrait supporter l'o-
« pération, à cause de la violence de cette
« hémorrhagie; mais la malade elle-même pria
« qu'on n'en restât point là, et encouragea
« Osiander à continuer son travail, au grand
« étonnement de tous les assistans. »

« Comme il n'existait plus dans le vagin
« une portion suffisante du col pour pouvoir
« tirer l'utérus en embas, la nécessité, mère
« de l'invention, fournit à Osiander la pen-
« sée d'exercer des tractions au moyen de fils,
« passés au travers de la matrice avec des ai-
» guilles, et de l'assujettir ainsi jusqu'à ce
« qu'elle fût complètement retranchée. On
« garnit promptement des aiguilles courbes
« de fils cirés, on les implanta au travers du
« fond du vagin et du corps de la matrice, et
« on les fit sortir par l'orifice interne de l'u-
« térus, le col et l'orifice externe ayant déjà
« été détruits par le fongus cancéreux. On pla-
« ça ainsi quatre fils, qui traversaient de de-
« vant, de derrière, et des deux côtés jus-
« qu'au centre de l'utérus, lequel fut peu à peu
» tiré dans le vagin, et fut maintenu fixe, dès
« qu'il fut près de la vulve. Alors Osiander
« introduisit sous l'index de la main droite un

« fort bistouri de Pott, et coupa entièrement « l'utérus au-delà de la partie squirrheuse, « aussi horizontalement que s'il l'eût fait au-« dehors du corps, avec l'aide de ses yeux. »

« L'hémorrhagie fut un moment considé-« rable, mais on l'arrêta avec une poudre stip-« tique, composée de parties égales d'alun, de « gomme arabique et de colophane, et avec « une éponge introduite dans le vagin. »

La guérison fut prompte, et la malade sortit dans la quatrième semaine parfaitement rétablie.

On lit encore au même endroit : « Cette « première réussite donna à OSIANDER le cou-« rage d'entreprendre bientôt après la même « opération, et maintenant (1808) il l'a pra-« tiquée neuf fois avec le même succès; en-« tr'autres sur une femme, chez laquelle, « après un bien-être de trois ans, le cancer a « reparu, ce qui a nécessité une seconde opé-« ration dont les suites ont été heureuses. »

Plus loin il est dit : « que OSIANDER a deux « manières d'opérer le cancer de l'uterus. »

D'après la première, décrite ci-dessus, on tire l'utérus dans le vagin, et même jusqu'à la vulve, après l'avoir traversé par des aiguilles

et des fils dont l'introduction constitue la plus grande difficulté de l'opération.

A cette occasion, OSIANDER dit : « Les chi-
« rurgiens qui croient nécessaire de tirer l'uté-
« rus hors du corps, et de l'amener à l'état de
« chute complète, se forment une fausse idée
« de l'opération ; il en est de même de ceux
« qui pensent que, dans l'extirpation, cet or-
« gane est retranché en entier, qui, en con-
« séquence, nient qu'elle soit possible, ou qui
« la rejettent. »

« Au moyen des fils, on se contentera de fixer
« l'utérus entier dans le bas du vagin, pour l'y
« retrancher. »

« Dernièrement un utérus ainsi tiré par des
« fils ne pouvant suivre cette direction, les fils
« ayant ensuite été coupés par le bistouri in-
« troduit sans précaution, le Doct. OSIANDER
« saisit promptement, avec une tenette à cal-
« cul, l'utérus près de son orifice, et retrancha
« le col de cet organe. »

« L'état de squirrhe ou de cancer n'exige
« autre chose, si non que la section soit faite
« dans la partie saine. On distingue celle-ci à
« sa surface lisse et à sa consistance élastique,
« tandis que la partie squirrheuse est rude et
« dure comme du bois. »

« Le bistouri convexe doit être étroit et so-
« lide, bien affilé et obtus à son extrémité ; on
« le conduit sur le col aussi haut que possible,
« tandis qu'un aide écarte les lèvres de la
« vulve. — La section doit être pratiquée cir-
« culairement, d'abord en y employant de la
« force, puis avec lenteur, pour ne pas bles-
« ser le vagin. »

La seconde méthode d'OSIANDER est celle-ci : « Lorsque le col de l'utérus, fort dilaté,
« est déjà en grande partie détruit par le fon-
« gus cancéreux, et que la cavité de cet or-
« gane est remplie de fongosités raboteuses,
« carcinomateuses ; l'utérus ne peut plus être
« saisi, traversé par des aiguilles et abaissé ;
« alors OSIANDER place la malade dans une
« situation presque horizontale, fait déprimer
« la matrice par un aide, qui presse avec le
« poing sur le fond de cet organe, tandis que
« lui-même le fixant dans la cavité du sacrum
« avec l'index gauche, introduit le médius et
« l'annulaire gauches dans la matrice, et avec
« ces doigts dirige les lames de ciseaux courbes
« sur leur plat, dont il se sert, ainsi que de
« son extirpateur, pour retrancher par mor-
« ceaux toutes les parties fongueuses, inégales
« et squirrheuses. Dès que cela est fait, il rem-

« plit la cavité avec une éponge imbibée de « vin et saupoudrée de poudre styptique; il « traite ensuite la plaie jusqu'à la guérison « de la manière déjà indiquée. (1) »

Toute la méthode opératoire du Doct. OSIANDER est contenue dans ce qui précède; et excepté quelques apologies renfermées dans des écrits polémiques et de circonstance, qui n'y ont ajouté aucun perfectionnement, je ne connais rien autre de lui sur ce sujet.

Dans l'histoire d'une extirpation de tumeur cancéreuse à l'orifice de l'utérus, pratiquée selon la méthode d'OSIANDER par le Prof. RUST,

---

(1) Cette manière, que l'auteur a passé sous silence, consiste à substituer à l'éponge chargée de poudre styptique, d'autres éponges imbibées d'eau de Saturne et de vinaigre; et aussitôt que la suppuration s'annonce, de la favoriser avec un mélange d'extrait de brou de noix, de miel et d'oxide de mercure rouge. On doit augmenter ou diminuer les proportions de cette dernière substance, selon que la suppuration est faible ou forte. Mais il faut avoir l'attention de diriger les éponges, qui portent ce mélange, jusque sur la partie coupée, sans presque toucher le vagin en devant. Voy. Bibliot. Méd. XXVII. p. 399.

(Note du Trad.)

premier Chirurgien à l'hospice général de Vienne, on lit ce qui suit : (1)

« On tenta l'extirpation du col de l'uté-
« rus, d'après la méthode d'OSIANDER, sur
« une femme de 50 ans, qui portait à l'orifice
« de la matrice une tumeur cancéreuse de la
« grosseur du poing d'un homme, et dont le
« reste de cet organe paraissait sain. L'hémor-
« rhagie fut énorme, et aucun des moyens in-
« diqués par OSIANDER ne put l'arrêter. Cette
« femme aurait vraisemblablement pu être
« sauvée, quoiqu'elle fût déjà très-cachecti-
« que, si, dès le commencement, on se fût sé-
« rieusement occupé d'arrêter l'hémorrhagie,
« et qu'on n'eût pas perdu du temps, à essayer
« chacun des moyens que l'inventeur de cette
« opération a recommandés comme les plus
« convenables et les plus efficaces. Elle mou-
« rut huit jours après l'opération, et à l'ins-
« pection cadavérique l'utérus fut trouvé spha-
« celé. »

Le Prof. LANGENBECK, à Gôttingue, décrit dans sa *nouvelle Bibliothèque* (2) l'extir-

---

(1) *Saltzburger Med. Chir. Zeitung*, 1813, Vol III. p. 188.

(2) Vol. I. n.° 3. p. 551.

pation d'une matrice cancéreuse totalement dégénérée, qui d'elle-même, et sans le secours de l'art, était dans un état de chute complète avant l'opération. Cette observation offre à plusieurs égards des particularités qui m'imposent le devoir de citer les propres expressions de l'auteur.

« J'appris, il y a quatre ans, par le Chirur-
« gien général KIRCHMAYER, à Cassel, qu'une
« femme de cette ville était atteinte d'un car-
« cinome de l'utérus, et que cet organe dégé-
« néré était dans l'état de chute complète, ce
« qui faisait croire à ce praticien que c'était
« un cas favorable pour pratiquer l'extirpation.
« Cette femme, âgée de 50 ans, avait depuis
« long-temps éprouvé des douleurs, des brû-
« lemens et des élancemens dans la matrice.
« Peu à peu cet organe était descendu. Il en
« suintait une sanie fétide, qui altérait la peau
« des parties voisines. Les douleurs brûlantes
« et lancinantes du carcinome acquirent une
« telle violence, que la femme désira ardem-
« ment d'en être débarrassée par une opéra-
« tion. L'examen de la malade me prouva
« qu'elle était praticable. La portion vaginale
« dépassait les grandes lèvres; l'orifice rouge
« et ulcéré avait la dureté de la pierre; et

« au travers du vagin je sentais l'utérus durci,
« raboteux et très-volumineux. L'habitus gé-
« néral était assez bon pour que je pusse en-
« treprendre l'extirpation. Je l'arrêtai sur-le
« champ avec le Doct. KIRCHMAYER, et la pra-
« tiquai le lendemain de la manière suivante :

« La femme fut placée sur le bord de son
« lit, les deux pieds reposant sur deux chaises,
« et je me mis entre ses jambes ; avec un scal-
« pel et des pinces, j'incisai le vagin poussé en
« avant, et le séparai de l'utérus ; arrivé à la
« partie de celui-ci qui reçoit une enveloppe
« du péritoine, je l'en séparai aussi, évitant
« d'entamer ce dernier, pour ne point courir
« la chance de voir passer les intestins par une
« ouverture faite à cette membrane ; parvenu
« au bord supérieur du fond de la matrice, je
« coupai celle-ci de manière qu'un morceau
« peu considérable, mais entièrement sain,
« resta attaché au péritoine ; ce qui faisait res-
« sembler cette portion, avec le vagin auquel
« elle tenait, à une bourse vide. Une hémor-
« rhagie considérable nécessita des ligatures,
« dont l'application fut la partie la plus difficile
« de l'opération. M. KIRCHMAYER, atteint de
« la goutte, ne pouvant m'aider, je serrai avec
« la main gauche la surface d'où s'écoulait le

« sang, je la traversai d'aiguilles garnies de
« fils, je formai les nœuds de la main droite,
« et tirai l'un des bouts de chaque fil avec la
« même main, tandis que je tenais l'autre avec
« les dents ; c'est ainsi que je plaçai quatre li-
« gatures qui furent suffisantes. Après l'opé-
« ration la malade se trouva très-faible, mais
« elle se reprit bientôt. La cavité fut remplie de
« charpie ; la guérison marcha avec rapidité,
« et, jusqu'à ce moment, la maladie n'a point
« eu de récidive. Le péritoine et le vagin se
« sont si bien réunis que, si l'on entr'ouvre les
« grandes lèvres, on ne peut introduire le doigt,
« et l'on voit comme une membrane semblable
« à une imperforation de la vulve. Les ovaires
« et les ligamens ronds, qui avaient été coupés,
« se sont trouvés unis à l'utérus extirpé. »

Il s'est élevé contre cette extirpation des doutes et des contradictions, que M. LANGENBECK a consignées dans sa nouvelle bibliothèque (1) et a cherché à réfuter.

M. LAZZARI a publié (2) une observation

---

(1) Vol. II, n.° 1, p. 669

(2) Journal de la Société médico-chirurgicale de Parme, Vol. IX, n.° 1.

qu'il qualifie d'*extirpation de la matrice*; il lia sur le col une tumeur cancéreuse, au moyen de cinq ligatures ; une pareille opération fut nécessaire au bout de trois mois, et au bout de six mois, la malade étant morte d'une péripneumonie, l'utérus ne fut pas trouvé malade; est-ce là une *extirpation de la matrice* (1)?

Parmi ces cas, les seuls à moi connus, il n'en est aucun qui offre une extirpation complète sans chute préalable de la matrice. Quant à celle de LANGENBECK, qui appartient à la première classe, il y a loin d'une séparation de l'utérus accompagné des ovaires et des ligamens, sans ouvrir le péritoine, (2) et sans avoir à redouter le passage des intestins dans le bassin, avec l'extirpation telle que je l'ai pratiquée, en courant ce dernier danger; ce qui donne, à mes yeux, à celle-ci une importance majeure.

La seconde sous-division, qui ne renferme

---

(1) N'est-il pas permis d'élever des doutes sur l'exactitude de cette observation ?

(*Note du Trad.*)

(2) J'ai peine à comprendre qu'il soit possible de faire, même par le vagin, l'extraction des ovaires, qui sont enveloppés du péritoine, sans blesser et ouvrir cette membrane. (*Note du Trad.*)

que des opinions, est plus considérable que la première, car la critique est bien plus facile que l'exécution.

Déjà en 1787, à l'occasion du cas cité, p. 246, Wrisberg avait proposé la question, *l'extirpation de l'utérus ne pourrait-elle pas être pratiquée lorsqu'elle est indiquée?*

Osiander n'ayant émis en chaire la même proposition qu'en 1793, doit donc être considéré comme n'ayant fait que la renouveller.

Struve, reprenant la chose où Osiander l'avait laissée, écrivit en 1802, pour le Journal d'Hufeland, une dissertation sous ce titre: *Idées sur l'extirpation de l'utérus considérée comme l'unique moyen probable de guérir le cancer de la matrice;* elle fut imprimée en 1803, avec le dessin d'un instrument (1).

Il suffit de comparer cet instrument avec les parties sur lesquelles il est destiné à agir, pour voir qu'il ne saurait atteindre son but.

En Mai 1803, Osiander donna connaissance au public de son opération du cancer de la matrice. Dès ce moment l'attention fut généralement éveillée sur ce sujet.

---

(1) Voy. Vol. XVI. n.° 3, p. 123.

C'est à cette occasion que HUFELAND s'écrie en parlant de STRUVE, OSIANDER, etc. *qu'ils méritent une statue à côté de celle d'Ienner.*

En 1804, au sujet d'une opération pratiquée dans les Grisons, M. de SIEBOLD donna *quelques remarques sur l'extirpation de la matrice, moyen récemment recommandé contre le cancer de cet organe.* Il y élève un grand nombre de doutes, plus ou moins fondés, sur sa possibilité ; je les réunirai à ceux qu'ont proposé d'autres auteurs.

En 1810, l'Académie Impériale et Royale Médico-chirurgicale de Vienne donna ce sujet, pour un prix extraordinaire de 200 florins ; j'exposerai plus bas les sept questions du programme, qui me paraissent faire le plus grand honneur aux vues savantes de cette célèbre Académie. J'ignore s'il s'est présenté des concurrens, et si le prix a été adjugé.

Immédiatement après, le premier-chirurgien RUST pratiqua cette opération, dont le défaut de succès dut influer défavorablement sur le jugement que portèrent les chirurgiens de Vienne au sujet de cette méthode.

En 1811, M. de SIEBOLD, dans un *Manuel des maladies des femmes*, au chapitre *du*

squirrhe et du cancer de l'utérus (1), décrivit les deux méthodes d'OSIANDER, sans y joindre ou son expérience, ou son opinion.

L'extirpation de la matrice a donc déjà reçu une place dans les Manuels, quoiqu'elle n'ait pas encore été fréquemment pratiquée, qu'elle n'ait pas été faite d'une manière complète, et qu'elle ait été fortement attaquée.

Dans un mémoire de M. WACHTER sur le Cancer de la matrice, publié dans le magasin hollandais de Sander, Walop et Wachter (2), vol. I, pour 1814, il affirme qu'OSIANDER n'a jamais guéri par son opération un véritable cancer; et il cite quelques cas, dont OSIANDER lui a fait part de bouche, où l'opération avait été pratiquée avec succès, mais où les malades, pour la plupart, avaient fini misérablement; d'où il conclut que, dans les cas de guérison, l'opérateur n'avait eu à faire ni à un squirrhe, ni à un cancer.

Dans le journal d'accouchemens de SIEBOLD (3), le docteur GUTBERLAT propose une méthode qui lui est propre.

---

(1) Vol. IV, p. 500.

(2) Voy. *Saltzburger Med. Chirurg. Zeitung*, 1816, Vol. III. p. 176.

(3) Vol. I, n.° 2, p. 228.

« Après avoir réfléchi, dit-il, sur les deux « méthodes (d'OSIANDER), les défauts que « j'y ai trouvés m'en ont fait chercher une « autre, pour extirper la matrice cancéreuse.

« On fait une incision à l'abdomen, on dé- « truit de haut en bas les attaches de la ma- « trice, pendant qu'un instrument de mon in- « vention, introduit par la vulve, conduit le « couteau pour la résection. »

GUTBERLAT décrit ensuite sa méthode, avec le plus grand détail, en neuf articles; mais qui ne voit qu'elle est purement idéale? la disposition des intestins à faire hernie par toute ouverture pratiquée aux parois de l'abdomen, la difficulté de séparer et de détacher la matrice, même lorsque l'abdomen aurait été vidé, l'étendue de la maladie qui remplit tout le vagin, et ne permettrait pas l'introduction d'un instrument conducteur; enfin les inconvéniens subséquens à l'ouverture de l'abdomen, toutes ces raisons, et bien d'autres inutiles à énumérer, rendent cette opération tout à fait inexécutable.

En 1816, le docteur Charles WENZEL, dans son ouvrage *sur les maladies de l'utérus*, où il traite avec la plus grande attention le sujet qui nous occupe, attaqua les idées d'OSIANDER,

répondit aux sept questions de l'Académie Joséphine, et présenta l'extirpation comme inexécutable ; il ajouta que, sans chute préalable, les parties atteintes d'induration ne pouvaient pas être séparément et complètement emportées, et qu'il suffirait d'en laisser une portion pour faire courir aux malades les plus grands dangers.

Cette dernière objection est une des plus graves et des mieux fondées.

Plus loin, il dit que de même que, pour l'induration de la glande du sein, il convient d'extirper le sein entier, de même, il faut extirper l'utérus en totalité, lorsqu'une partie de cet organe est atteinte de squirrhe, Enfin, il élève des doutes sur l'exactitude des histoires d'extirpation incomplète à lui connues; et pense qu'on ne doit attendre quelques secours, que de l'extirpation complète et totale de la matrice. Il propose ensuite de saisir et tirer l'utérus au-dehors de la vulve, avec des pinces à polype garnies de dents, de le lier au-dessus de son fonds et de serrer peu à peu la ligature.

Charles Wenzel n'ayant jamais pratiqué cette opération, pas même, à ce qu'il paraît, sur le cadavre, il est inutile de prouver qu'elle est bien moins possible, et surtout bien

plus dangereuse à exécuter, que l'extirpation pratiquée avec un instrument tranchant, dans la place qu'occupe naturellement l'utérus.

En 1817, l'extirpation de la matrice a fait le sujet des Diss. inaugurales de MM. François-Xavier PROEDEL à Landshut, et KLINGBERG à Coppenhagen; je n'ai pu me les procurer.

En 1818, dans l'édition qu'il donna de son *Exposition des opérations faites avec l'instrument tranchant*, le Prof. ZANG, Directeur de la Clinique Chirurgicale de l'Académie Impériale et Royale Joséphine, à Vienne, inséra un article sur l'opération qui nous occupe (1). Ses paroles pouvant être considérées, à peu de chose près, comme le jugement de l'Académie, au sujet du prix qu'elle avait offert, méritent une attention spéciale.

Il dit : « Attendu qu'il n'existe aucune obser-« vation avérée de l'extirpation de l'utérus can-« céreux faite avec succès, et que quelques « Chirurgiens prétendent seulement qu'elle a « eu lieu, je me permettrait les observations « suivantes. »

Elles sont divisée en treize points; je les ex-

(1) Première division du troisième article, p. 392.

poserai plus bas en réunissant toutes les objections que présentent les adversaires de l'extirpation.

Il en conclut que cette opération doit être déclarée impraticable, inutile comme moyen de guérison, et même manifestement nuisible. Mais il ne nie pas qu'on ne puisse extirper l'utérus, préalablement amené à l'état de chute, lorsqu'il est atteint d'une induration grave, étrangère au virus cancéreux, comme on extirpe un testicule; dans ce cas, il voudrait qu'on abaissât l'utérus avec des pinces, puis qu'on en fît la ligature.

Le Prof. ZANG ayant ainsi conclu sans avoir fait d'essai, même sur le cadavre, il n'y a aucune induction pratique à tirer de son opinion.

Le docteur SCHWEIGHAUSER, en traitant du *cancer de la matrice* (1), commet l'erreur de le considérer comme étant une suite de l'affection syphilitique; il avoue que lorsque le cancer est confirmé il n'admet point de guérison; et il élève des doutes sur l'opération d'OSIANDER, à la méthode duquel il n'est point favorable. Déjà en 1803, BAUDELOCQUE lui

---

(1) In *Aufsatze über einige physiologische und praktische Gegenstände der Geburtshülfe*, Nürnberg. 1817.

avait écrit qu'il doutait beaucoup de cette extirpation alors connue, et il lui avait dit que, plus de vingt ans auparavant, LAUVARIOL, de l'Académie de Chirurgie, l'avait sérieusement proposée.

Le Prof. IÖRG, à Leipzig, à l'occasion de son écrit polémique contre OSIANDER, (1) dit, que comme l'extirpation de la matrice cancéreuse ne saurait amener la guérison que dans le cas de l'ablation complète des parties affectées, on ne peut ajouter foi au succès des opérations publiées, parce qu'aucun opérateur n'est en état d'enlever toutes les parties malades, lorsque le cancer occupe la totalité de l'utérus; il ne regarde pas même comme vraisemblable, que l'extirpation partielle produise quelques interruptions dans les progrès de la maladie, ou quelque soulagement à la malade, et croit que dans ce cas celle-ci sera plus rapidement emportée, que si elle avait été méthodiquement traitée par les calmans.

Le Prof. IÖRG doute donc du succès de l'opération mainte fois répétée par OSIANDER, et la rejette absolument de la pratique.

---

(1) In *Aphorismen über die Krankheiten des Uterus*, etc.

MM. Renard et Wittmann, à Mayence, dans une traduction libre de l'article, *Femme*, du *Dict. des Sc. Méd.*, parlent de l'opération d'Osiander répétée par le Prof. Dupuytren, et pratiquée déjà sept fois par ce dernier, lorsque le rapport en fut fait en 1815 (1); c'est le col seulement de l'utérus qu'il a retranché; la plaie, suite de l'opération, a guéri sans accidens, mais les malades n'ont pas toutes été exemptes des rechutes de la maladie; l'une est morte assez promptement, sa poitrine s'étant embarrassée; chez une autre le cancer a reparu au bout de deux ans; chez une troisième au bout de 18 mois; une quatrième vivait encore quatre ans après. Ces auteurs encouragent les praticiens à entreprendre de nouveau cette opération.

Tels sont les principaux écrits qui sont parvenus à ma connaissance sur l'extirpation de la matrice; je passe sous silence quelques opuscules de moindre importance, dont les idées rentrent absolument dans celles qui précèdent.

Les plus fortes objections contre l'extirpa-

---

(1) *Voy.* Bibliothèque Médicale pour 1815. Tom. XLVII.

tion de la matrice, ou plutôt contre le procédé d'OSIANDER, peuvent être réunies, et rangées sous les chefs suivans :

1.° L'affection cancéreuse est générale, et l'apparition d'un carcinome ou cancer ulcéré, n'est qu'un symptôme de la constitution du malade ; l'extirpation de ce symptôme local, pour ainsi dire, ne peut être utile, et produire une guérison durable. *Zang*, *de Siebold.*

2.° Les organes qui entourent l'utérus, participent ordinairement à l'état carcinomateux ; et il est le plus souvent très-difficile de déterminer, si la maladie est bornée à l'utérus, ou si elle ne l'est pas. *Zang.*

3.° Le squirrhe, ou le cancer, attaque un organe dans son entier, quoique la maladie ne soit apparente que dans une portion; l'extirpation partielle n'est donc d'aucune utilité, on ne saurait la conseiller. *Zang*, *de Siebold*, *Ch. Wenzel*, *Jörg*, *Schweighauser*, etc.

4.° Les organes qui ont des rapports anatomiques ou physiologiques immédiats avec l'organe squirrheux ou carcinomateux, sont toujours disposés, au plus haut degré, à contracter la même maladie, quoiqu'ils pa-

raissent être dans l'état le plus parfait de santé. *Zang.*

5.° De même que les efforts de la nature ne peuvent préserver de la ruine prématurée, qu'entraîne le cancer, l'art de guérir ne peut extirper la cause génératrice, la *dyscrasie* du squirrhe. *Zang.* Le même auteur demande qu'on emporte non-seulement la partie cancéreuse, mais toutes les parties voisines qui sont seulement suspectes; mais il observe que cela ne peut avoir lieu, que lorsque ces parties peuvent être exactement touchées et examinées; il veut encore que tout l'organisme, et le système lymphatique en particulier, soit, au moins en apparence, dans son état naturel.

6.° L'extirpation de la matrice n'est possible que lorsqu'il existe une chute de l'utérus naturelle ou artificielle. *Zang, Ch. Wenzel, Langenbeck.*

Zang et Wenzel préfèrent la ligature à l'instrument tranchant; le premier dit qu'on ne saurait opérer artificiellement une chute complète de l'utérus cancéreux, et que cette chute est elle-même déjà une lésion considérable; de Siebold croit qu'elle doit être ac-

compagnée de beaucoup de difficultés et d'inconvéniens (1).

7.° S'il y a une guérison à attendre d'une opération, ce ne peut être que de l'extirpation *totale* de l'utérus. *Ch. Wenzel.*

ZANG ajoute que cette opération doit avoir des conséquences pareilles à celles d'une ouverture faite au péritoine, et doit entraîner la chute et le passage des intestins dans le vagin.

On voit par ces objections qu'à une grande majorité, mais sans expériences concluantes, les auteurs ont prononcé l'impossibilité de l'extirpation complète de l'utérus, et l'inutilité de l'extirpation partielle. La première, en particulier, a été déclarée absolument inexécutable, sans prolapsus préalable ; mais, avant moi,

(1) Tout praticien qui fera des essais sur le cadavre, pour opérer la chute d'une matrice saine, sur une femme qui n'aura pas fait d'enfans depuis longtemps, reconnaîtra qu'elle est absolument impossible, puisqu'on ne peut même en venir à bout en ouvrant l'abdomen, saisissant l'utérus avec une main, le poussant avec force dans le bassin, tandis qu'avec l'autre main on le tire dans le vagin avec une pince ; la chute de l'utérus est donc impraticable, sans déchirer les ligamens, et sans produire une désorganisation considérable.

elle n'a été ni pratiquée, ni même tentée. Voilà où en étaient et l'art et la science, lorsque s'est présenté à moi le cas intéressant que l'on va lire, et l'occasion de pratiquer une extirpation complète de l'utérus cancéreux sans chute préalable.

Je fus appelé, au mois de Novembre 1817, auprès d'une malade, qui, depuis treize mois, avait des pertes presque continuelles, tantôt de sang pur, tantôt d'un sérum âcre et fétide, lesquelles redoublaient à l'époque des règles, jusqu'à mettre sa vie en danger.

Cette femme, âgée de 35 ans, et mère de plusieurs enfans, dont cinq vivans, avait toujours eu d'heureuses couches, et une assez bonne santé. Je la trouvai pâle, sans forces, enflée, et très-souffrante; depuis long-temps, elle n'obtenait quelques heures de repos, qu'à l'aide de fortes doses d'opium. Dès ma première exploration, je reconnus que j'avais affaire à un cancer de matrice très-avancé, sanieux et fétide. J'administrai, conjointement avec d'autres collègues qui furent appelés, les médicamens les plus efficaces, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, mais sans autre résultat que de mitiger momentanément les accidens

secondaires ; le mal, en dépit de tous nos efforts, poursuivit lentement, mais opiniâtrement sa marche.

Dans une conférence que j'eus avec plusieurs médecins, où l'incurabilité décidée de la maladie fût reconnue à l'unanimité, je parlai de l'opération d'OSIANDER; mais les uns en rirent, les autres la déclarèrent impraticable.

Après que cette femme, sur qui tous les moyens avaient été épuisés, eut encore passé dix mois de la plus déplorable existence, entre les mains de divers autres médecins, elle succomba au commencement d'Octobre 1818. Ses souffrances avaient duré vingt-deux mois.

L'affection de la matrice avait extrêmement diminué, souvent même complètement supprimé les urines, durant tout le cours de la maladie. Les excroissances squirrheuses du col de la matrice remplissaient le bassin, comprimaient les urétères, ne permettaient aucune extension de la vessie, et parlà occasionnaient aussi de grandes souffrances à la malade. Une douleur vive et continue dans la région lombaire, qui augmenta de plus en plus vers la fin de la maladie, jointe aux accidens urinaires, indiquait assez une affection notable des reins. Le médecin qui avait donné les der-

niers soins à la malade, nous dit, que le ballonnement extraordinaire du bas-ventre avait été considérablement diminué, en dernier lieu, par la sortie d'une énorme quantité d'urine.

A l'autopsie, les viscères thoraciques et abdominaux n'offrirent rien d'extraordinaire; il n'y eut de remarquable que le défaut de sang, les sérosités amassées dans le tissu cellulaire, et un peu d'eau épanchée dans les deux cavités.

La vessie était petite, épaissie, non-ulcérée; l'urétère gauche, jusqu'à un pouce de distance de la vessie, excédait en grosseur une plume de cygne ordinaire, le droit était d'une capacité égale à celle de l'aorte; le bassinet du rein gauche, élargi, aurait pu contenir environ quatre onces de liquide; mais le rein droit, semblable à un sac vide, affaissé sur lui-même, en aurait contenu au moins trois livres; toute sa substance était transformée en une masse membraneuse.

La matrice se trouva un peu plus volumineuse que de coutume; l'orifice et le col étaient couverts de petits tubercules ulcérés, de couleur brune et livide, et jusqu'à l'endroit où commence proprement le corps de la matrice, se voyaient çà et là des ulcères superficiels; mais on n'apercevait aucune trace de maladie

sur le corps et le fond de ce viscère. Le col était dégénéré en entier en bourrelets ulcérés, sa cavité, et celle de l'utérus, se trouvèrent élargies, et rongées d'ulcères. Les ovaires, les trompes, les ligamens, etc., étaient, ainsi que les viscères de la poitrine, œdémateux, de couleur livide et brunâtre; mais nous ne pûmes rien y apercevoir d'ulcéré.

L'affection cancéreuse avait été, jusqu'à la mort, absolument restreinte à la matrice, et même seulement à la partie inférieure, et à la surface interne de ce viscère; le gonflement qui avait duré si long-temps dans la première période de la maladie, ainsi que les excroissances volumineuses, dures et rugueuses, qui saignaient au moindre attouchement, avaient subi, avant la mort, une diminution notable. Mais les ulcères cancéreux profondément situés dans la substance organique, avaient persisté d'une manière caractéristique.

Quant à l'extension extraordinaire des urétères, et des bassinets des reins, je crus devoir l'envisager comme une suite de la compression, que la matrice exerçait dans le bassin.

Ce cas m'occupait incessamment l'esprit, lorsque, au mois d'Octobre 1821, je fus de

nouveau appelé à soigner une personne atteinte de cette maladie ; et ce fut une des causes qui me conduisirent à entreprendre l'opération dont je vais donner l'histoire.

Mes lecteurs ne me sauront pas mauvais grés, si, vu l'importance du résultat, j'entre dans tous les détails nécessaires, pour démontrer avec évidence la vérité et l'exactitude des faits.

OBSERVATION.

Geneviève Waldraf, âgée de 50 ans, femme d'un pauvre journalier de Constance, d'une constitution robuste, de taille moyenne, vouée dés sa jeunesse aux plus rudes travaux, accoutumée à braver les injures de l'air, avant, pendant, et après l'écoulement menstruel, n'avait jamais été malade au point de prendre des remèdes; elle avait eu six couches des plus heureuses, la dernière en 1811 ; loin de pouvoir jamais se soigner convenablement, elle avait repris chaque fois, dès le troisième ou le quatrième jour, ses occupations de ménage, et son travail ; au milieu d'Octobre 1821, elle me fit appeler pour me consulter relativement à d'abondantes pertes utérines qu'elle éprouvait depuis quelque temps. Ses règles avaient

cessé en 1817, puis reparu une fois au printemps de l'année suivante, ainsi qu'à la même époque en 1819, et dès-lors elles avaient complètement disparu, sans aucune incommodité, jusque vers l'été de 1821, époque à laquelle cette femme avait eu une nouvelle perte, accompagnée de douleurs poignantes, surtout aux aînes, au dos, et jusqu'au pubis. Cette perte avait continué avec plus ou moins de force, ne s'arrêtant que de temps à autre pendant trois ou quatre jours, et n'avait point empêché cette femme active et laborieuse, de vaquer comme à l'ordinaire à des occupations aussi pénibles, que de laver du linge au lac, d'écurer les planchers, etc., jusqu'à ce qu'enfin la continuité, et l'abondance de l'hémorrhagie, jointes aux douleurs, l'affaiblirent au point de l'obliger à garder la maison, et à chercher du secours. Le repos et quelques fortifians arrêtèrent la perte pour quelques jours, au bout desquels elle revint sans cause apparente. Le cas me parut alors suspect, et j'insistai sur l'exploration : je trouvai le col et l'orifice de la matrice, surtout à leur partie postérieure, déjà garnis de grosses excroissances dures, rugueuses, très-douloureuses, et saignant au moindre attouchement.

A cette époque, la malade était fort épuisée par la quantité de sang perdu; elle était pâle, faible, et l'insomnie, que lui causaient des souffrances non-interrompues, avait encore contribué à détruire ses forces, au point que son état se trouvait déjà très-alarmant.

Parmi tant d'autres remèdes, que j'avais précédemment essayés dans les squirrhosités de la matrice, j'avais appris à connaître la sabine, comme un de ceux qui montrent le plus d'efficacité : par le seul emploi de ce végétal indigène, dont les vertus sont si éminentes (1), j'avais obtenu une guérison par-

---

(1) L'emploi de la sabine dans les pertes utérines, et quelques autres affections de l'utérus, m'a été révélé dès l'an 1800, par la Dissertation de M. de Wedekin, insérée dans le journal d'Hufeland, vol. x, A. p. 96, et j'en ai fait usage, depuis cette époque, avec le plus heureux succès; j'en ai plusieurs fois éprouvé les bons effets dans différentes maladies de la matrice, ensorte que je crois avoir acquis le droit de compter la sabine parmi les plus précieux et les plus puissans moyens curatifs.

Non-seulement dans les pertes et les autres maladies de l'utérus, hors de la grossesse, caractérisées par les noms d'atonie, asthénie, faiblesse, défaut de contractilité, ou de force de cohésion, etc.; mais encore dans

faite, dans plusieurs cas d'indurations équivoques de ce genre, qui donnaient déjà lieu de redouter la présence du squirrhe, et qui étaient accompagnées de pertes irrégulières, lesquelles épuisaient les malades. En conséquence, j'eus recours à cette substance, qui, vu l'extrême degré de faiblesse, me paraissait spécialement indiquée. Ce fut le 27 Octobre que je commençai à l'administrer intérieurement, et l'usage en parut produire de très-bons résultats pendant quelque temps : l'hémorragie s'arrêta pour plusieurs jours, l'écoulement devint séreux et peu abondant, les douleurs du côté droit disparurent complètement; outre cela, l'appétit et les forces s'améliorèrent d'une manière sensible, les indurations du col, et de l'orifice de la matrice, semblèrent diminuer, s'amollir, et perdre de leur sensibilité douloureuse.

---

des pertes qui faisaient craindre une fausse couche, chez des femmes grosses qui, par faiblesse, en avaient déjà éprouvé plusieurs, j'ai fait prendre la sabine en poudre, par doses de xv à xx gr. trois fois par jour, et cela avec le succès le plus soutenu, pendant trois, quatre et cinq mois; j'ai par là arrêté les pertes, empêché les fausses couches, et plusieurs femmes ont dû à ce précieux remède, des enfans sains, et nés à terme.

Mais ce mieux apparent ne dura que jusques vers le milieu de Novembre ; à cette époque, les hémorragies revinrent, l'écoulement séreux prit un caractère fétide, sanieux ; les douleurs, de jour en jour plus aiguës, se fixèrent davantage dans la région du sacrum et du coccix ; les excroissances rugueuses de l'orifice augmentèrent de volume, le repos et le sommeil disparurent de nouveau, et il ne fut plus possible de méconnaître la transition du squirrhe, à l'état de vrai cancer utérin. La sabine fut encore continuée pendant quelques jours, mais sans succès ; après quoi je recourus à d'autres moyens préconisés dans ces cas. J'essayai d'abord l'acide prussique (hydrocyanique), tant intérieurement, qu'extérieurement; mais il fallut bientôt le mettre de côté, à cause de la faiblesse qu'il ne tarda pas à produire. Il en fut de même de la ciguë, et l'union de ces remèdes avec le quinquina n'eut pas plus de succès. En Décembre, le mal fit des progrès : plus de repos, ni le jour ni la nuit ; la malheureuse ne put presque plus se coucher, le corps fléchi en avant contre le lit ou la table, pendant des heures, et même des nuits entières, elle ne fit que plaindre, et pousser des hauts cris ; l'écoulement sanieux et fétide alla tou-

jours en augmentant, tout l'appartement fut infecté de l'odeur spécifique de la sanie cancéreuse, je dois presque dire de cette sanie elle-même, l'hémorragie revint à chaque instant sans cause apparente, les excroissances remplirent le vagin, saignant au moindre attouchement, comprimèrent le rectum, et empêchèrent les déjections, ce qui, chaque fois que la malade allait à la selle, lui occasionnait des souffrances atroces. On voulut y remédier par des lavemens, mais il n'y eut pas moyen de les introduire, et chaque tentative augmenta à tel point les douleurs, qu'il fallut y renoncer. On eut recours aux huileux, pour expulser les matières fécales, amoncelées dans le rectum. Heureusement la malade conserva encore de l'appétit, et digéra assez bien.

Tous ces symptômes s'aggravèrent pendant le mois de Décembre. Songeant à pratiquer l'extirpation de la matrice, j'explorais fréquemment ce viscère; mais je reculais par la difficulté de l'opération. L'insomnie totale, et les tourmens continuels qu'éprouvait la malade, m'obligèrent de recourir à l'opium, quelque répugnance que j'y eusse, à raison de l'état de constipation. Mais ce moyen même n'eut d'effet que pendant très-peu de temps, et

bientôt la violence des douleurs eut triomphé de sa vertu narcotique.

Le 12 Janvier, à ma visite du matin, la malade, qui avait passé une nuit des plus affreuses, m'ayant demandé, avec l'accent du désespoir, du soulagement ou la mort, je lui parlai de la possibilité de pratiquer une opération, qu'elle me sollicita de faire sans délai, quoique je ne lui en dissimulasse ni la difficulté, ni les dangers, qui moi-même me faisaient reculer d'effroi.

Le 16, il se manifesta, pour la première fois, une forte diarrhée, qui dura cinq jours, et qu'on eut beaucoup de peine à arrêter; la faiblesse parvint au plus haut degré, les douleurs devinrent atroces, et tout annonçait que la mort ne tarderait pas à combler les vœux de la malade. Quand je fus parvenu, contre toute attente, à relever ses forces, ce que la robuste constitution de l'individu permit de faire en assez peu de temps, la malade me pressa plus vivement que jamais, de procéder au plus tôt à l'opération promise. Mais plus je méditais sur ce que la littérature médicale m'apprenait à ce sujet, plus mes craintes et mon hésitation augmentaient. Enfin, l'opération

fut arrêtée pour le 28 Janvier ; je la conçus, et l'exécutai comme suit.

Plan et opération.

L'EXPLORATION m'ayant fait reconnaître que le contour extérieur du carcinome se bornait à la totalité du col de l'utérus, jusqu'au cul-de-sac du vagin exclusivement, qu'un très-petit espace séparait l'utérus du rectum, qu'au contraire le doigt pouvait pénétrer profondément dans les cavités du col et du corps de la matrice, au travers des ulcères et des fongosités, ce qui me démontrait que la surface interne de l'utérus était entièrement atteinte par le cancer, je jugeai que l'extirpation partielle du col, d'après le procédé d'OSIANDER, était insuffisante, et qu'il était de toute nécessité d'emporter la totalité de la matrice.

Mais cette opération ayant, jusqu'à ce moment, été déclarée impraticable, sans chute préalable de l'utérus, je songeai aux moyens d'effectuer celle-ci. L'état des parties, l'exiguité de la place interdisaient l'usage des aiguilles et des fils, qui auraient déchiré l'organe malade sans parvenir à l'abaisser, et au-

raient peut-être produit une grave hémorrhagie ; je m'arrêtai à l'idée d'introduire un doigt dans l'utérus, de m'en servir comme d'un crochet pour amener ce viscère, que je fixerais ensuite aussi bas que possible, avec des tenettes ou de fortes pinces à polype.

Cela fait, je me proposais de couper le vagin, aussi haut qne faire se pourrait, tout autour de la matrice, puis de détacher cet organe du péritoine avec le manche du bistouri, comme LANGENBECK dit l'avoir fait (1) sans pénétrer dans la cavité de l'abdomen; de faire passer les doigts de la main gauche par delà le fond de l'utérus, d'en poursuivre la séparation par leur moyen, de le renverser en embas et en devant, et d'achever ainsi de le détacher du rectum, sans risquer de blesser l'intestin, sauf à employer avec sécurité l'instrument tranchant, quand les parties à couper seraient exposées aux regards. Mon intention était de n'amener ainsi que la matrice, et de laisser les ovaires et les ligamens après les avoir détachés du corps de l'utérus.

Tout étant disposé, le 28 Janvier 1822, à

---

(1) In *neue Bibliothek*, vol. II. p. 672.

deux heures après midi, aidé seulement de M. Distel et de mon fils, je plaçai la malade horizontalement en travers du lit destiné aux accouchemens laborieux, et me contentai de faire tenir les genoux écartés par mes aides; la vessie et le rectum avaient été préalablement vidés.

D'abord, je tentai d'abaisser l'utérus avec un doigt agissant comme un crochet, mais les fongosités se déchirèrent et saignèrent sans que la matrice s'abaissât le moins du monde; il fallut y renoncer. J'introduisis alors l'index et le médius gauches sous le pubis, jusqu'au cul-de-sac du vagin, je glissai entre ces deux doigts un couteau convexe, arrondi par le bout, à manche long et fixe, avec lequel je coupai le vagin sur l'utérus, faisant immédiatement pénétrer un doigt dans l'ouverture que j'achevai tout autour du vagin, ce qui eut lieu sans interruption et sans accidens. Pour détruire les attaches latérales, j'introduisis de nouveau un doigt dans la matrice et la tirai en embas, tandis qu'avec le manche du couteau, ou avec l'index droit, je déchirai le tissu cellulaire; mais l'adhérence était si forte que ce moyen ne réussit pas; une masse de fongosités se détacha en partie et vint faire saillie à la vulve; j'em-

ployai alors une pince avec laquelle je saisis la paroi antérieure du col et la tirai, tandis qu'avec le manche du couteau et une spatule de baleine, je cherchai à détacher l'utérus de la vessie ; mais plusieurs tentatives douloureuses furent vaines, la pince échappa, emportant avec elle une portion de la tumeur.

L'opération durait depuis demi-heure, je n'avais pu effectuer ni l'abaissement de l'utérus, ni sa séparation d'avec le péritoine, la malade perdait patience, elle s'affaiblissait par la perte du sang, dont la plus grande partie ne provenait que du déchirement des fongosités... Alors je changeai de plan, je renonçai à toute espèce d'abaissement et de séparation, et me déterminai à couper net au-dessus du fond de la matrice ; pour cela, j'introduisis deux doigts de la main gauche dans le vagin, entre la vessie et la matrice, je conduisis entr'eux le scalpel, je saisis avec l'index recourbé une portion de tissu cellulaire, que je coupai près de l'utérus, jusqu'à ce que mes doigts parvinssent dans l'abdomen, ensuite je coupai de même peu à peu le péritoine en avant, en haut et jusqu'aux attaches latérales les plus élevées, j'introduisis alors toute la main gauche dans le vagin et pénétrai dans l'ouverture

du péritoine, où je détruisis de chaque côté les attaches latérales, et détachai les ovaires, les ligamens, etc.; ensuite je saisis la matrice au-dessus de son fond et cherchai à la renverser; pendant cette tentative, la malade, irritée par ma main et par les douleurs, poussa très-fort, comme cela se fait dans les accouchemens; dans ce moment, je sentis distinctement les intestins se presser sur le dos de ma main, et se précipiter dans le vagin; je fus obligé de les repousser dans l'abdomen; je resaisis la matrice, la malade se contracta de nouveau, et la même chute des intestins eut lieu; je revins à la charge une troisième fois, en exhortant fortement la malade de s'abstenir de pareilles contractions, tandis qu'un aide avec une main repoussait et contenait les intestins de bas en haut depuis le pubis; je réussis alors à renverser la matrice et à amener son fond jusqu'au bord des grandes lèvres; les intestins la suivirent et remplirent le bassin; un aide les retint au moyen de trois doigts introduits par la vulve; pendant ce temps, je détachai avec l'instrument tranchant la paroi postérieure et les attaches latérales; ce qui se fit très-aisément et sûrement, les parties étant exposées

à la vue ; ainsi fut terminée cette longue, pénible et dangereuse opération.

Je replaçai les intestins dans leur situation naturelle, et les y maintins avec un gâteau de charpie sèche, destinée à les garantir de l'air et des styptiques ; la femme fut mise dans une position horizontale qu'elle garda soigneusement.

Excepté l'hémorrhagie dont j'ai parlé, il n'y eut que celle qui provint d'un petit vaisseau coupé vers la fin de l'opération, et qu'un aide arrêta avec le doigt ; la malade perdit environ une livre et demie de sang ; ce fut donc par pure précaution que je remplis tout le vagin de charpie saupoudrée d'alun.

Bientôt après l'opération, la malade se plaignit de fortes douleurs à la région de l'estomac, il lui survint une sueur froide générale, le pouls s'affaiblit et devint à peine sensible ; on lui administra à petites doses du vin, de l'éther et de la teinture d'opium ; au bout de trois heures, elle se reprit un peu, la sueur devint chaude, le pouls meilleur ; elle ne se plaignit que d'une sensation brûlante dans le vagin ; les douleurs qui s'étaient manifestées dans l'abdomen et le bassin disparurent. Ce fut dans cet état que je quittai la malade, et voici le journal exact de ce que j'observai ensuite.

Le 29 au matin, grande faiblesse, pouls petit mais sensible, chaleur générale uniforme; alimens rendus pendant la nuit par le vomissement; par la vulve une petite quantité de liquide séreux sanguinolent.

Pendant le jour, la malade a pris des forces, le vomissement a cessé, le ventre est un peu tiraillé, les douleurs ne se font sentir qu'à l'épigastre.

Le soir, le pouls se relève; pendant la nuit, trois vomissemens, sommeil, forte transpiration chaude, soif ardente.

Le 30 au matin, écoulement séreux sanguinolent; extraction de la charpie, exploration, la chaleur du vagin est pareille à celle du corps; la portion qui a été en contact avec l'alun, dont la charpie était imprégnée, est sèche et rude au toucher; les intestins ne peuvent être atteints avec le doigt, et ne sont point descendus dans le vagin; la situation horizontale est soigneusement maintenue.

Pendant le jour, les alimens continuent à être vomis, l'abdomen un peu douloureux est gonflé de vents; le pouls est élevé, sec, fréquent; la peau chaude, humectée d'une sueur constante; il n'y a ni selles, ni vents; l'urine coule en abondance et involontairement. On

introduit dans le vagin un petit paquet de charpie enduite de cérat ; on prescrit une potion composée de *teinture d'opium, liq. d'Hoffmann, liq. de corne de cerf succinée, eau de menthe, mucilage de gomme arabique ;* jusqu'à la nuit, le ventre est fortement tiraillé, l'angoisse et l'insomnie tourmentent la malade.

Le 31 ; la nuit a été assez bonne, malgré trois vomissemens, beaucoup de vents, et vers le matin, une selle de matière dures. Le matin, le ventre est détendu ; il y a encore quelques douleurs à la région de l'estomac ; pendant le jour, bien-être, pouls élevé, lent ; transpiration douce, chaleur régulière à la peau ; point de vomissement ; la malade prend un peu de nourriture ; on injecte dans le vagin une *décoction de saule*, avec de la teinture *de galbanum*, et on y introduit de la charpie humectée du même liquide ; à l'intérieur on donne une *décoction de kinkina* et de l'*éther acétique* ; on fait sur le bas-ventre des frictions éthérées et des applications de vin aromatique.

Le 1.er Février ; nuit plus inquiète, insomnie ; deux vomissemens, issue de vents ; au matin, le ventre est météorisé, mais souple et peu tendu ; dans le jour, vents fréquens, pouls fort, sueur abondante, un vomissement ;

la suppuration du vagin s'établit ; point de douleurs dans le bassin, les grandes lèvres seules sont douloureuses et tuméfiées ; vers le soir, la malade se trouve tout-à-fait bien ; la nuit suivante, six selles de matières d'abord dures, puis liquides, et beaucoup de vents.

Le 2 Février ; jusqu'à midi, évacuations fécales nombreuses ; on donne un mélange de *kinkina* et de *teinture d'opium ;* la diarrhée et les vomissemens cessent ; la malade est totalement délivrée de ses douleurs, à l'exception de quelques élancemens légers et passagers, dans l'aine droite et autour du bassin ; elle devient gaie, et prend de la nourriture ; le pouls est plus fort, plus vif ; la chaleur de la peau est régulière, sans sueur ; le ventre est dégonflé ; la charpie est imbibée de pus sanguinolent.

Le 3, la malade a bien dormi ; dans le jour, elle fait une selle molle avec beaucoup de vents ; le ventre est mou et tout-à-fait indolent, même en le pressant fortement ; l'appétit est raisonnable ; l'écoulement peu abondant, qui a lieu par le vagin, est rougeâtre et séreux, sans odeur putride ou suspecte, et les parties qui ont été atteintes par l'instrument tranchant deviennent plus sensibles.

Le 4 et le 5, même état ; tout indique un

succès complet ; les forces augmentent, les vents et les matières fécales sortent avec aisance et régularité ; point de douleur dans le bassin ; l'écoulement séreux sanguinolent a cessé ; la charpie est recouverte d'un pus louable ; la sensibilité du vagin augmente, l'urine continue à couler involontairement et cause des cuissons à la vulve ; le pouls devient plus vif sur le soir, et il se manifeste une sueur abondante; cependant ce mouvement de fièvre n'est point d'une nature sérieuse et n'inspire aucune crainte.

Le 6, tout se maintient en bon état. Après l'opération, j'avais dit à la malade qu'elle ne pourrait se mettre sur son séant, avant trois semaines, parce que cette position était capable de faire descendre les intestins dans le vagin ; quel fut mon étonnement, lorsque ce même jour, neuvième depuis l'opération, je la trouvai assise sur son lit, sans qu'elle éprouvât, dans le bassin ou dans le ventre, la moindre sensation pénible! En explorant le vagin, je ne pus, avec le doigt, apercevoir les intestins; le péritoine me parut s'être consolidé en forme d'entonnoir, le sommet tourné en en haut ; dès ce moment, la malade prit une position plus

élevée, et se mit sur son séant pour ses repas sans le moindre inconvénient.

Le 7, la volonté parait reprendre quelque influence sur l'écoulement de l'urine, qui a lieu à peu près toutes les demi-heures.

Le pouls et l'état général de la malade sont si bons, qu'on croit pouvoir la regarder comme étant tout-à-fait sans fièvre. Il n'y a plus d'écoulement par le vagin; l'espèce de croute desséchée qui s'y est formée commence à se séparer ; je crois devoir en rapporter la formation à l'emploi de la charpie saupoudrée d'alun.

Le 8 et le 9, tout est dans le même état.

Le 10, la malade se lève seule, s'assied sur la chaise percée, lâche son urine, soit en se tenant debout, soit en se plaçant sur ses genoux ; elle peut la garder trois quarts d'heure, mais à chaque mouvement, il en sort une certaine quantité accompagnée d'un peu de pus. La croute du vagin se sépare par morceaux; l'urine cause une forte cuisson, en passant sur les parties qu'elle a irritées; on les recouvre, depuis le 7, avec de la charpie, enduite *d'onguent de styrax*, puis de *cérat*. La langue et les lèvres, qui jusqu'ici étaient pâles, blanchâtres, commencent à rougir, et la couleur de la peau qui était aussi pâle, semblable à de la cire, change

et s'améliore ; en tout la force vitale paraît se relever.

Le 11 et le 12, le mieux se maintient ; la malade continue seulement à se plaindre des douleurs que lui cause l'urine en passant.

Le 13, la nuit a été inquiète, sans sommeil, uniquement à cause de ces mêmes douleurs ; les pieds sont devenus œdémateux ; on panse le vagin avec un mélange de *mucilage de gomme arabique,* de *miel rosat* et de *teinture de galbanum.*

Le 14 et le 13, il se sépare des morceaux de la portion crouteuse, d'une ligne environ d'épaisseur, ce qui augmente considérablement les cuissons ; l'œdème des pieds s'accroît, et tout le corps paraît comme bouffi.

Le 16, la bouffissure augmente, elle gagne même la face ; la malade se plaint d'oppression et de tension dans la poitrine, elle a soif et se laisse aller au découragement. Je défends à la femme d'uriner debout, et je lui donne le *camphre* avec l'*éther sulfurique*, etc. ; dans la nuit du 16 au 17, il survient de fortes sueurs, l'œdème a considérablement diminué.

Le 17, il tombe des morceaux de la croute vaginale, et avec eux une portion cylindrique, de la nature de la peau. Excepté les douleurs

brûlantes causées par l'urine, la malade se trouve assez bien. La place où la matrice a été séparée du péritoine, paraît grande à peu près comme une pièce de 24 sols, au travers de laquelle on sent les intestins qui y sont adhérens.

Le 18, les sueurs sont abondantes, la bouffissure diminue, l'urine, depuis la chute de la dernière masse, recommence à couler involontairement, et cause de violentes cuissons.

Le 19, le 20 et le 21, le bien-être continue, l'appétit est revenu, la femme se lève, se promène dans sa chambre, transpire beaucoup, a des selles régulières et n'a d'autres douleurs que celles que cause l'urine.

Le 22, elle se plaint de tension et de douleur à la région précordiale; les matières fécales sont dures.

Le 23, il y a eu trois selles bilieuses, qui ont libéré la malade des douleurs de l'estomac, ensorte qu'elle a reprit sa gaîté. On introduit un cathéter dans la vessie, qui donne issue à un peu d'urine; l'instrument n'est senti ni dans l'urètre, ni dans la vessie, au moyen du doigt introduit dans le vagin (1). Dans la partie an-

---

(1) Je ne comprends point ce que l'auteur veut indiquer par cette phrase.

(*Note du Trad.*)

térieure et inférieure de celui-ci, il existe une portion crouteuse, dure comme la pierre, qui cause beaucoup de douleur. L'ouverture du péritoine est réunie, et paraît être absolument fermée. Depuis long-temps on n'a rien introduit dans le vagin; on a seulement enduit de cérat la surface intérieure des lèvres de la vulve.

Le 24, le 25 et le 26, le bien-être se maintient, les selles sont régulières, la sueur fréquente, la malade pendant des heures entières reste hors de son lit, et se promène dans sa chambre; le 26 au soir un grand morceau de croute, très-dur, sort du vagin.

Le 27 et le 28, suppression des selles, ce qui renouvelle la pression et la douleur brûlante à la région précordiale; les lavemens facilitent l'évacuation de matières consistantes.

Le 1er Mars, bien-être; jusqu'à ce moment on a continué une diète tonique et le vin, avec des remèdes fortifians et restaurans, comme kinkina, valériane, éthers, camphre, ammoniaque, extraits amers, etc. suivant l'exigence du cas.

Le 2, la malade se plaint d'un goût amer, de nausées, de constipation, on remarque un peu de fièvre.

Un laxatif prescrit pour le 3, avec *infusion de séné*, *huile d'amandes* et *mucilage de gomme arabique* produit le meilleur effet.

Les 4, 5, 6 et 7, la malade se trouve de nouveau très-bien, elle est gaie et paraît reprendre ses forces ; l'entrée du vagin et l'intérieur des grandes lèvres sont déjà guéris ; autour du méat urinaire, il s'est formé une nouvelle croute volumineuse et très-dure ; l'urine ne coule plus par l'urèthre, mais seulement, par le vagin.

Le 8, mal-aise, pression et sensation de brûlure à la région précordiale, cessation des selles, pâleur et bouffissure ; la croute dure tombe, elle est fort épaisse, on sent alors une ouverture dans la région inférieure de la vessie.

Le 9, la malade est à peu près dans le même état, les nausées, l'amertume de la bouche ont augmenté : il ne vient qu'une selle de matières brûlantes, épaisses et bilieuses ; on prescrit un laxatif de follicules de séné et de rhubarbe.

Le 10, le remède a amené beaucoup de mucosités bilieuses, et produit du soulagement sans affaiblir notablement la malade.

Le 11, il survient de la diarrhée, contre laquelle on employe des analeptiques et des fortifians.

Le 12, la diarrhée devient aqueuse, les toniques ne l'arrêtent point, les nausées et le goût amer persistent; dans le vagin tout est dans l'état sain, les douleurs causées par l'urine sont appaisées, et l'ouverture communiquant au bas-fond de la vessie est totalement fermée.

Le 13, la diarrhée a un peu diminué; nausées, etc., comme le 12.

Le 14, la malade est un peu plus gaie, point d'appétit.

Le 15, elle rejette, après la dernière cuillerée de son tonique, une grande quantité de bile; on donne de petites doses divisées *d'ipécacuanha,* qui font vomir en six fois beaucoup de matière visqueuse, d'un jaune brun, putride et bilieuse, le soir la malade se trouve mieux.

Le 16, elle est passablement gaie, mais un peu plus faible qu'avant cet accident bilieux; on arrête la diarrhée au moyen de mucilagineux unis aux excitans et aux toniques; jusqu'au 22 tout rentre à peu près dans l'ordre et s'y maintient.

Dans le bassin tout était parfaitement guéri; la malade ne se plaignait plus même des cuissons causées par l'urine, et l'on pouvait regarder et déclarer comme parfaite la guérison, pour

ce qui tient à l'opération. Pendant les fréquens et forts vomissemens, la malade n'avait pas ressenti la moindre douleur dans le bassin et dans le bas-ventre, et on n'observa aucune hernie des intestins dans le vagin.

La réunion et la consolidation de celui-ci étaient parfaite; il ressemblait à un entonnoir renversé se terminant par un canal fermé en en haut; on ne pouvait pas apercevoir une seule place qui parût affectée, ou qui laissât soupçonner la formation d'une nouvelle tumeur, dans tout le contour intérieur du vagin; et la seule conséquence désagréable de l'opération était l'incontinence d'urine, qui, comme on le montrera plus bas, pourra être évitée à l'avenir, et qui resta comme suite incurable de l'opération.

Ici se termine l'histoire chirurgicale de l'opération, et de la parfaite guérison qui l'a suivie; on peut en déduire la possibilité d'extirper la matrice dans sa situation naturelle, sans porter atteinte à la vie de la malade, et même en contribuant efficacement au retour de sa santé, ce que j'avais à cœur de prouver par ce mémoire.

Ce qui me reste à faire connaître ne constitue plus qu'une observation purement médicale; c'est pourquoi je serai bref.

Il ne faut pas perdre de vue à quel point les forces vitales avaient dû être altérées par la longueur de la maladie, l'énorme perte de sang qui l'avait accompagnée, une insomnie de quatre mois, des douleurs atroces pendant le même temps, circonstances qui avaient détruit la puissance digestive et interrompu la nutrition; sans parler du mélange probable du virus cancéreux avec la lymphe; d'où résulta une faiblesse de l'estomac et des intestins, qui ne leur permit pas de résister aux écarts de régime, auxquels la malade se livra, comme on va le voir.

Ls 22 Mars, sans cause connue, elle vomit une assez grande quantité de bile d'un jaune brun, et se plaignit d'amertume à la bouche, de nausées et de chaleur à l'estomac. On facilita le vomissement avec de l'*ipécacuanha* uni à de l'*opium;* il amena de la bile, puis des alimens seuls; alors se manifesta une diarrhée séreuse, qui résista pendant plusieurs jours, et céda enfin aux opiacés et aux astringens.

Le 27 Mars, la malade fit, pour la première fois, plusieurs visites dans la ville, et put rester levée tout le jour; le pouls était bon, l'appétit ordinaire; elle prit du *kinkina* et de l'*éther.*

Mais des écarts de régime ramenèrent la

diarrhée, qui dura plusieurs jours et menaça ceux de la malade; elle nécessita les soins médicaux les plus assidus, parce qu'elle se liait à beaucoup de faiblesse, une sensibilité très-élevée des organes de la digestion, et une sécrétion vicieuse de la bile, qui firent disparaître l'appétit, et causèrent une soif permanente; ce qui devint d'autant plus grave, que la malade se trouvait dans l'état de faiblesse antécédent, qui aurait requis une bonne alimentation et une digestion facile. Il fallait surtout combattre la répugnance de la malade pour une nourriture légère, et facile à digerer.

On réussit cependant à vaincre cette répugnance; mais on fut obligé de mêler presque toujours *l'extrait aqueux d'opium* aux remèdes fortifians.

En Avril, la malade se trouvait toujours mieux; cependant j'avais à combattre chez elle la disposition à la diarrhée et aux vomissemens, ainsi que l'enflure œdémateuse, principalement des extrémités inférieures; elle pouvait se promener, n'éprouvait d'autre douleur, qu'au creux de l'estomac, et ne se plaignait d'aucune gêne, dans l'abdomen et le bassin; les explorations répétées me firent connaître que tout était guéri dans le vagin, d'où il ne

sortait plus ni pus, ni aucune autre excrétion morbide. L'infirmité que causait l'écoulement continuel de l'urine, sans occasionner de douleur, était la seule chose importante dont se plaignait la malade; pour y remédier, on commanda un réservoir d'urine.

Le conseiller privé, Doct. Méd. Rehmann de Donauschingen, explora la malade, le 28 Août, et quelques jours plus tard, le Doct. en Chirurgie Keers en fit autant. L'un et l'autre peuvent rendre compte, au besoin, de ce qu'ils ont trouvé.

Au commencement de Mai, ce bon état continua; cependant le retour complet à la santé marcha lentement; on ne put apercevoir nulle part, à l'extérieur ou à l'intérieur du corps, aucune apparence d'affection squirrheuse ou cancéreuse; seulement le système cutané, disposé à la leucophlegmatie, ne reprit pas la couleur de la peau saine qui annonce le retour à la santé.

Jusqu'au 9 Mai, la malade s'était si bien remise qu'elle put se promener tout le jour, et se livrer à quelque léger travail; elle avait tous les jours des selles régulières de bonne consistance, et un meilleur appétit. Après une dispute avec sa garde, elle résolut tout d'un

coup de sortir de l'hôpital, pour aller joindre son mari et ses enfans.

Le 9, elle mit sa résolution à exécution, empaqueta elle-même ses vêtemens, etc. etc., et le 10, je la trouvai dans son logement, vers son foyer, faisant la cuisine : elle ne tint aucun compte de l'exhortation que je lui fis de garder plus de repos.

Le 11, elle soigna elle-même une petite lessive de son linge, et le 12, je la trouvai au lit, où la retenait la fatigue. Le 13, elle se remit à un travail démesuré et continua ainsi jusqu'au 16. Elle me demanda alors de rentrer dans l'hôpital, parce qu'elle ne pouvait pas suffire aux soins du ménage et de l'entretien de sa maison, et qu'elle ne savait pas comment se procurer le nécessaire pour soutenir sa vie. Je le lui accordai avec grand plaisir, espérant arrêter ses excès et régler son régime ; dans les premiers jours son rétablissement avança graduellement ; la malade alla tous les jours au grand air, mais elle se permit, comme je l'ai appris plus tard, de grands écarts de régime. Le 19, elle alla se promener à un quart de lieue, et but une bouteille de bière fraîche. Le 20, je lui trouvai pour la première fois de la toux (jusqu'à ce moment elle n'avait manifesté au-

cune disposition morbide de la poitrine), elle ne me dit rien, ni de la promenade qu'elle avait faite, ni de la bière fraîche qu'elle avait bue. La toux semblait être un simple catarrhe, les crachats parurent bientôt d'un blanc jaunâtre; l'on chercha à exciter et à faciliter la sueur ; à cette époque il faisait très-chaud, la malade, comme d'ordinaire, ne gardait point de repos, et ne s'accommodait point de suer, d'ailleurs elle ne se trouvait pas plus mal. Le 26, elle mangea de la choucroutre et probablement du lard, ce que ni elle, ni la garde ne voulurent m'avouer, et qu'elle avait déjà fait quelques jours auparavant, comme je le découvris plus tard. Dans la nuit qui suivit cet écart de régime, il survint un fort vomissement, qui amena d'abord des alimens et en particulier des choux, que la garde jeta pour ne me les pas montrer, et ne pas découvrir ainsi sa propre faute, puis de la bile qu'on me fit voir ; la diarrhée suivit immédiatement.

Le matin du 27, je trouvai la malade sans forces avec les yeux battus et enfoncés, et l'habitus des personnes qui ont été atteintes d'un violent cholera; la respiration était lente et gênée, le pouls faible. On travailla de suite, et par toutes sortes de moyens, à diminuer le danger

imminent dans lequel elle se trouvait, au moyen de stimulans, de mucilagineux et d'opiacés à l'intérieur, aidés de lavemens, et à l'extérieur par des fomentations, mais le vomissement et la diarrhée persistèrent jusqu'au 29; les extrémités inférieures, la gauche en particulier, devinrent œdémateuses; on ne put rétablir ni la transpiration, ni la sueur; le pouls devint extrêmement faible, la toux rauque, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à évacuer un crachat d'un gris blanchâtre, écumeux et de la consistance d'un blanc d'œuf.

La respiration devint très-lente, tout-à-fait entrecoupée, et je reconnus une véritable affection pulmonaire, il se manifesta aussi de la faiblesse dans les fonctions du cerveau; le vomissement et la diarrhée cédèrent, à la vérité, dès ce jonr; des bouillons mucilagineux purent être pris et gardés; le pouls se releva; les toniques furent rendus plus actifs; au kinkina et aux éthers on ajouta le musc, l'ammoniaque, etc.

Le 30 et le 31, il n'y eut ni vomissement, ni diarrhée; et le soir de ce dernier jour vint une selle ordinaire moulée; le pouls se montra plus fort; mais la respiration resta plus lente et plus

difficile. Le 1.er Juin, la dypsnée augmenta, au point qu'il ne s'opérait que deux ou trois inspirations par minute, après chacune desquelles on attendait la mort, le mouvement du cœur ne cessa qu'à 10 heures du soir. Il est inutile de peindre, à quel point je fus affligé de voir se terminer, par un coup si subit, une vie qui avait été sauvée avec tant de peine, et paraissait l'être pour long-temps; cela ne fait rien à la chose; mais ce qui m'intéressa, et produira probablement le même effet sur tous les hommes de l'art, ce fut l'ouverture anatomique du corps.

Elle fut faite le 2 Juin, à 10 heures avant midi; j'y invitai les docteurs Baer, Haaf et Distel, qui eurent l'obligeance d'y assister et de m'aider, et qui signèrent le procès-verbal que j'en dressai.

Procès-verbal de l'ouverture.

La peau de tout le corps était pâle, blanche comme de la cire, la partie supérieure et l'inférieure de la cuisse gauche, ainsi que les grandes lèvres du même côté, étaient œdémateuses, le ventre n'était pas tendu.

A l'exploration du doigt par le vagin, le bassin fut trouvé fermé, et dans tout le pourtour, on ne rencontra ni fongosité, ni ulcère; la paroi postérieure de la vessie était ouverte.

Les poumons se montrèrent tuméfiés, pâles, blanchâtres, parsemés de taches d'un bleu foncé; il en était de même de leur tissu interne, dont les vésicules laissaient écouler une quantité considérable de mucosité grisâtre, lorsque l'on comprimait l'organe; le cœur était sain; la cavité de la poitrine contenait beaucoup de sérosité.

Tous les viscères de l'abdomen étaient dans l'état sain, et dans leur situation naturelle; il n'existait dans cette cavité ni épanchement récent, ni trace d'extravasion antécédente; l'épiploon recouvrait les intestins, le foie était sain; la vésicule vide n'offrait aucune altération, la rate et les reins étaient sains; l'estomac pâle, flasque, vide, n'était point distendu par des gaz.

Les intestins, dans leur état naturel, ne présentaient aucune trace d'inflammation récente; ils étaient vides, à l'exception du colon ascendant. La communication de l'abdomen avec le petit bassin était absolument fermée, et le péritoine avait dans ce lieu sa couleur propre;

les intestins purent s'enlever aisément, jusqu'au milieu de la cloison membraneuse qui séparait les deux cavités; là l'intestin grêle adhérait fortement, dans l'étendue d'une petite pièce de monnaie, par une substance membraneuse, d'un gris blanchâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur, qui ſut séparée avec quelque peine, mais qui ne laissa ensuite aucune ouverture pour pénétrer dans le bassin, et n'occasiona point de lésion à l'intestin; derrière cette réunion, vers le rectum, on trouva une adhérence des intestins, de la grandeur d'un écu, qu'on ne put détruire sans ouvrir la cavité du bassin. Ces viscères eux-mêmes étaient parfaitement sains, sans rétrécissement, et leurs fonctions n'avaient jamais été suspendues; le rectum passait à droite de la ligne médiane, il n'était point endommagé, et la séparation avait eu lieu immédiatement à côté de lui; en examinant le bassin du haut en bas, on n'y put voir ni fongosité, ni place ulcérée; tout y était parfaitement guéri; les ovaires, assez rétrécis, étaient dans leur situation naturelle; les trompes de Falloppe étaient difficile à reconnaître.

Constance, le 3 Juin 1822.

Signés D. SAUTER Conseiller de Médecine, D.r BAER, Médecin-Assistant; J. B. HAAF, Chirurgien de District et de l'hôpital; DISTEL, premier Chirurgien.

Il résulte de cette observation;

1.° une nouvelle direction méthodique pour pratiquer l'*extirpation totale* de la matrice dans sa situation naturelle;

2.° une réponse précise aux doutes et aux objections qu'ont présenté plusieurs savans hommes de l'art, et satisfaisant aux questions proposées par l'Académie Joséphine.

Ces deux chefs forment la division naturelle de ce qui nous reste à dire.

Procédé pour l'extirpation totale de l'utérus sans déplacement préalable.

Avant de détailler le procédé méthodique de cette opération, il faut remarquer, que l'observation précédente démontre qu'il est possible de la pratiquer, au milieu des circonstances les plus défavorables, que les lésions qui l'accompagnent n'ont pas le degré de gravité qu'on aurait redouté *a priori*, et que la guérison des parties intéressées a lieu sans infirmités

incurables ; c'est d'après cette opération sur le vivant, et plusieurs autres que j'ai pratiquées sur le cadavre, que je la crois susceptible de règles aussi sûres et aussi fixes qu'aucune autre.

Nous ne nous proposons point de parler ici des indications et des contrindications de l'extirpation; la seule condition pour l'exécuter est, qu'il y ait assez d'espace sain, autour du col de l'utérus, pour y promener le bistouri sur la partie malade.

Avant de procéder à l'opération, on videra la vessie et le rectum; la malade horizontalement placée en travers de son lit, y sera maintenue par tous les moyens et avec les aides suffisans. Un de ceux-ci déprimera l'utérus, avec la paume de la main placée au-dessus du pubis, tandis qu'avec le dos il retiendra les intestins.

L'opérateur introduit l'index et le médius gauches dans le vagin, jusqu'à son cul-de-sac; il passe le bistouri convexe entre ces doigts, et coupe circulairement le vagin sur le col, jusqu'à deux ou trois lignes de profondeur; puis il porte entre les mêmes doigts des ciseaux courbes sur leur tranchant, avec lesquels il sépare la vessie de l'utérus jusqu'au péritoine, en serrant de près l'utérus ; pour cela il tire et amène entre les lames des ciseaux, avec ses

doigts, les portions de tissu cellulaire les plus fortes, afin de les couper avec précaution. Ce procédé est plus facile et plus sûr que celui où l'on emploie le bistouri concave. Cette séparation, poussée jusqu'au péritoine inclusivement, sera achevée, à la face postérieure de l'utérus, avec des ciseaux courbes sur leur plat, dont la concavité reposera sur cet organe, qui le détacheront complètement du rectum, et permettront aux doigts glissés sur l'utérus de pénétrer dans l'abdomen. Parvenu à ce point l'opérateur introduit la main gauche en entier, la paume tournée en arrière et enveloppant l'utérus; avec l'index et le médius il tire en embas la plus élevée des attaches latérales, et la coupe avec le bistouri concave, glissé entre ces doigs et conduit avec lenteur et précaution; il en fait de même pour l'autre attache; en opérant au même point sur chacune d'elles alternativement, pour pouvoir faire la section avec sûreté des deux côtés, tandis que la matrice est encore en position. Il est inutile de remarquer, que l'opérateur doit avoir soin de faire tomber les dernières sections sur la première, afin de ne pas prolonger inutilement l'opération.

Pendant tout le temps que celle-ci dure,

l'aide sus-indiqué doit maintenir sa main, comme il a été dit plus haut ; lorsqu'elle est achevée, l'opérateur doit s'occuper de l'hémorrhagie. Il se peut qu'elle ne soit pas considérable ; c'est ce qui a eu lieu dans mon observation, et ce qui doit arriver toute les fois qu'on se tient près de l'utérus, parce que ses vaisseaux sanguins propres sont d'un petit calibre, comme des recherches réitérées me l'ont montré ; dans ce cas, l'hémorrhagie ne demande point de secours particuliers : mais si elle est considérable et donne de l'inquiétude, il faut immédiatement introduire un grand gâteau de charpie, qu'on pousse contre les intestins, puis garnir tout le pourtour du vagin avec de grands morceaux d'agaric préparé, dont on remplit le vide avec de la charpie ; ce moyen simple me paraît préférable à l'emploi des styptiques.

La malade, après ce pansement, sera couchée et maintenue dans une position horizontale ; ce sera seulement alors que l'aide cessera de retenir les intestins avec sa main.

S'il ne survient pas d'accidens étrangers aux conséquences naturelles de l'opération, la guérison ne demande que de simples précautions de prudence. Il faut éviter tout ce qui pourrait pousser les intestins dans le petit bassin, et

pour cela, il convient surtout que la malade ne change pas de situation pendant plusieurs jours. Les injections dans le vagin, si on les juge nécessaires ou convenables, devront être poussées avec douceur, pour qu'elles ne pénètrent pas dans l'abdomen ; on aura la même attention en plaçant la charpie.

Dans les cas ordinaires, comme le mien, ces précautions sont suffisantes, le reste doit être abandonné à la nature, qu'il suffit de ne pas troubler.

Chez ma malade, si la vessie n'eût pas souffert par les pénibles tentatives d'abaissement, et si l'écoulement de l'urine n'eût pas causé autant de douleur au vagin, la guérison ne se serait pas fait attendre plus de quinze jours, elle se serait opérée sans accident et sans aucun secours de l'art.

Réponses aux doutes sur la possibilité de l'extirpation de l'utérus, et en particulier aux questions proposées par l'Académie Joséphine.

Voici les questions données par la savante société des Chirurgiens de Vienne :

1.re « Quelles sont les conditions de l'extir-
« pation du squirrhe ou du cancer, qui pro-
« mettent une parfaite guérison de l'individu
« malade, et quelles sont les conditions con-
« traires ? »

2.e « Tout squirrhe ou cancer, à portée des
« instrumens tranchans, peut-il être opéré,
« dans quelque partie qu'il soit situé, si l'opé-
« ration la plus favorable n'épuise pas les con-
ditions de la guérison, mais empire peut-être
« l'état du malade, dont la dégénération squir-
« rheuse ou cancéreuse n'est que le symptôme
« le plus apparent ? »

3.e « L'extirpation du squirrhe ou du cancer
« avec l'instrument tranchant, considérée
« comme problème de chirurgie pratique, est-
« elle possible sur l'utérus d'une femme qui
« n'a pas éprouvé un prolapsus préalable ; et
« comment en peut-on prouver la possibilité
« par la théorie et l'expérience ? »

4.e « Quelle est, dans la supposition de sa
« possibilité, la meilleure méthode pour la
« pratiquer, en ayant égard à la guérison, aux
« accidens et aux suites pendant et après l'o-
« pération, à la sécurité des organes le plus
« en rapport de situation anatomique avec l'u-
« térus, et à celle de l'opérateur contre les

« dangers des blessures ; aussi bien qu'à la
« gêne qui résulte de l'étroitesse du lieu dans
« lequel s'étend la sphère d'opération ? Quels
« événemens dignes d'une considération parti-
« culière peuvent survenir ? Comment faut-il
« y parer, et comment faut-il traiter la ma-
« lade jusqu'à la guérison totale ? »

5.e « Comme la décision de la possibilité
« d'opérer (abstraction faite de l'âge, du tem-
« pérament, de l'habitus, de la constitution,
« et de quelques circonstances individuelles,
« ainsi que de l'état des autres souffrances gé-
« nérales de l'organisme) doit surtout être
« tirée du caractère, de la forme, de la situa-
« tion et de l'étendue de la partie malade ; on
« demande quel squirrhe ou cancer de l'utérus
« est particulièrement propre à être opéré, et
« lequel ne l'est pas ? »

6.e « Est-il toujours possible de rapporter
« toutes les circonstances, qui constituent un
« diagnostic exact et complet, à une connais-
« sance si claire, qu'il en résulte la détermi-
« nation de l'admissibilité ou de la non admis-
« sibilité de l'opération ; et n'y a-t-il pas des
« dégénérations de l'utérus d'une autre nature,
« qui peuvent se changer en squirrhe et en
« cancer proprement dit ? »

7.e et dernière. « L'opération et la guéri-
« son renferment-elles tout ce qui est néces-
« saire pour la cure radicale de la maladie, et
« si cela n'est pas, quelles sont les autres indi-
« cations thérapeutiques à remplir ? »

L'expérience pratique manque, au moment actuel, pour répondre positivement à chacune de ces questions; lorsqu'elle aura été obtenue, ce point, encore obscur de notre art, recevra la lumière dont il est digne.

L'observation qu'on vient de lire répond péremptoirement aux doutes offerts par plusieurs savans considérés, et même par des praticiens exercés; elle détruit, en particulier, celui qu'on a élevé contre la possibilité de l'extirpation, lorsqu'elle n'est pas précédée par l'abaissement ou la chute de l'utérus. Je vais donc me contenter de présenter quelques réflexions générales, qui seront ma part des matériaux théoriques qui, joints à la pratique, formeront un jour l'histoire technique de l'extirpation de l'utérus cancéreux.

a) Avant d'entreprendre cette opération, on doit déterminer avec soin quelle est la véritable nature de la maladie; quelles sont les parties du bassin qui en sont atteintes, et de quelle manière elles le sont; quel est l'état des

autres organes et en particulier de ceux qui sont situés le plus près de l'utérus; on doit aussi, comme pour toutes les grandes opérations, avoir égard à la constitution générale de la malade. Il est clair que si l'on reconnaît que plusieurs organes, indépendans de l'utérus, sont atteints de la même maladie, et ne sont pas susceptibles d'être totalement enlevés, ou si la constitution en est affectée, cela forme une contrindication à l'opération.

On doit, par tous les moyens possibles, combattre la cause des douleurs de l'utérus, soit avant, soit après l'opération.

Ainsi que l'amputation du sein cancéreux ne saurait être blâmée, lors même qu'après la guérison plus ou moins complète de la plaie, on voit reparaître la maladie; ainsi l'extirpation de l'utérus pourra être entreprise dans des cas douteux; car on a vu plus d'une fois une opération réussir contre toute espérance; et dans les deux cas, on aura tenté tous les moyens possibles de sauver les jours de la malade.

L'extirpation de l'utérus suppose les mêmes périls, et les mêmes chances incalculables, que toutes les autres grandes opérations; elle peut être entreprise comme celles-ci, lorsqu'elle

paraît être le seul moyen vraisemblable de guérison.

b) La possibilité de l'extirpation totale de l'utérus, dans sa situation naturelle, est maintenant démontrée. Cette opération peut être pratiquée par tout praticien adroit et prudent; et les essais ultérieurs que j'ai faits sur le cadavre m'ont permis d'établir un procédé régulier. Il est donc possible de répondre d'une manière satisfaisante aux 3.e et 4.e questions de l'Académie Joséphine. De plus, cette opération peut prendre sa place dans la thérapeutique opératoire, à côté de la taille, de l'extirpation du testicule, des amputations, etc.

c) Les maladies qui nécessitent l'extirpation de l'utérus sont le squirrhe, le cancer, et peut-être quelques autres affections démontrées incurables, qui se bornent à l'utérus, causent de violentes douleurs, et consument la vie des malades. L'expérience apprendra si, dans les cas où l'orifice seul est atteint d'une affection, qui ne saurait être guérie sans extirpation, celle-ci doit intéresser ou non le col de l'utérus, et si elle doit être préférée à l'extirpation totale; je pencherais pour l'affirmative, lorsqu'on pourrait s'assurer que la maladie ne pénètre pas jusqu'au corps même de la matrice,

mais alors il faudrait employer une autre méthode que celle d'OSIANDER.

Si la maladie se trouvait avoir attaqué l'organe plus haut que la portion extirpée, on pourrait encore en suivant mon procédé, emporter la matrice en entier.

Dans tout les cas où la maladie attaque le corps même de l'utérus, on ne doit attendre de guérison que de l'extirpation totale.

Il reste encore à déterminer par l'observation, quelle est la plus difficile à pratiquer, de l'extirpation totale ou de l'ablation partielle, et dans laquelle l'hémorrhagie est la plus redoutable; l'expérience me porte à donner la préférence à la première, sous ces deux points de vue.

d) Peut-on pratiquer l'extirpation totale avec quelque chance de succès, lorsque les parties voisines de l'utérus participent à son état pathologique? c'est un point qui mérite la plus sérieuse attention et l'observation la plus attentive.

A cet égard, nous pouvons déjà affirmer que les tumeurs squirrheuses et les ulcères cancéreux du vagin, les tubercules des ovaires, les tumeurs squirrheuses de l'abdomen, les dou-

leurs cancéreuses des autres parties du corps, sont des contrindications positives.

Ces douleurs et ces engorgemens doivent être soigneusement distingués des effets pathologiques, mais mécaniques, pour ainsi dire, qui résultent de l'intumescence de l'utérus ; telles sont la rétention d'urine, soit qu'elle ait lieu dans la vessie, soit qu'elle existe dans les reins; la constipation et l'engorgement du rectum, lorsque les matières s'y accumulent, ne pouvant se frayer un passage entre l'utérus et le sacrum; de là les douleurs de ventre, les points, l'inappétence, etc. ; effets qu'on peut espérer voir disparaître, en enlevant la cause qui les produit, c'est-à-dire, la matrice considérablement aggrandie dans son volume et dans sa masse. Il en est de même des douleurs causées par l'irritation nerveuse, des crampes, de la gêne dans la circulation, etc. etc; ces divers symptômes ne seront point des contrindications suffisantes; ils exigeront seulement un traitement méthodique après l'opération.

e) La matrice est un organe du corps de la femme, dont les fonctions ne s'exécutent, avec toute leur efficacité, que pendant une certaine période de la vie ; et qui, dans les autres périodes, ne se maintient que dans un

rapport passif, en quelque sorte, avec le reste du corps, et comme s'il était retiré sur lui-même.

Cet organe agit, comme on le sait, sur tout l'organisme de la femme d'une manière particulière, et tout à fait inexplicable; il l'accorde, le désaccorde, si l'on me permet cette expression, il se trouve tantôt dans un état où il paraît concentrer à lui toutes les forces de la vie, c'est lorsque le système utérin est dans le plus haut degré de pléthore; tantôt, au contraire, lorsque cette pléthore a disparu et qu'il s'est isolé, il reste sans participation avec les autres fonctions de l'économie corporelle.

Il existe des exemples tirés de l'espèce humaine, et surtout des animaux, qui prouvent qu'il peut, aussi bien que les organes spermatiques de l'homme, être extrait du corps, sans déranger les fonctions des autres organes.

De même que, dans l'état de santé, l'utérus joue un rôle tout particulier, à lui propre, et à certains égards renfermé en lui-même; de même il paraît en faire autant dans l'état de maladie. Quelles sont les affections causées par un état morbide de l'utérus, qui ne lui sont pas communes avec un autre organe, et qui ne sévissent d'une manière destructive sur

aucun autre ? — Pendant combien de temps peut-il, dans plusieurs maladies, être sujet à de grands dérangemens, sans que les parties avoisinantes en soient directement atteintes ? etc. Ces considérations, mais surtout la situation anatomique de la matrice, ses connexions avec la peau et avec le tissu cellulaire, et l'observation répétée que les ulcérations cancéreuses, et autres de mauvaise nature, se bornent le plus souvent au col et à la cavité de l'utérus, et attaquent rarement la surface extérieure de son corps; que peut-être, à cause de cela, l'absorption du virus morbifique peut moins y avoir lieu que dans d'autres parties; que dans un grand nombre de cas on trouve les organes voisins offensés par le cancer, mais rarement atteints par lui; toutes ces observations peuvent fournir la présomption, que la matrice, plus que d'autres viscères, est disposée à renfermer en elle-même le virus cancéreux plus long-temps que d'autres, sans comprendre dans l'atteinte de ce mal les parties qui l'entourent; d'autant plus qu'à l'époque de la vie, où l'on voit le plus souvent survenir cette maladie, les fonctions de l'utérus ont cessé d'être dans un état actif, et que par conséquent, l'extirpation du cancer de l'utérus

peut avoir lieu avec aussi peu de danger que celle de toute autre partie du corps.

Si l'extirpation de l'utérus est entreprise lorsque le squirrhe n'est pas encore devenu cancéreux, ou lorsqu'il commence seulement à le devenir, et avant que des douleurs prolongées, des pertes répétées, etc., aient abattu considérablement la force vitale; alors on rencontrera pendant et après l'opération beaucoup moins de difficultés, et l'on aura droit d'attendre une guérison radicale, avec plus de certitude que dans le cas contraire.

Si, dans mon cas, l'opération eut été entreprise en Octobre ou Novembre, ou même en Décembre 1821, on aurait épargné à la malade la plus grande partie des douleurs qu'elle a eu à supporter après l'opération; l'incurabilité de la maladie m'était aussi bien démontrée en Octobre 1821 qu'en Janvier 1822; et cette opération aurait pu être entreprise alors avec autant de droit qu'à la fin de Janvier; il y aurait eu encore assez de sang dans le corps; une diarrhée grave, colliquative n'aurait pas emporté le reste des forces de la malade; la digestion se serait encore exécutée avec activité, etc.; et si la cicatrisation de la plaie eut suivi de la même manière, la malade aurait été guérie, au plus,

en cinq ou six semaines, et aurait pu retourner à ses affaires; outre cela, si l'opération eut été pratiquée d'après la méthode régulière que j'ai pu établir ensuite, et que j'ai effectivement établie ; il n'y aurait eu ni lésion de la vessie, ni aucune des violentes douleurs dont la malade se plaignit, et qui reconnaissaient pour cause le passage de l'urine dans le vagin blessé, ni chute des intestins pendant l'opération ; on aurait épargné un travail inutile d'une demi-heure, qu'ont occasionné les tentatives pour séparer l'utérus du péritoine, et qui a dû blesser les parois du vagin ; l'opération aurait été achevée à peu près en un quart-d'heure, donc la malade aurait moins souffert de ses suites, et la guérison aurait eu lieu en 15 jours, tout au plus.

f) Si les vices de l'utérus étaient soigneusement reconnus, et méthodiquement traités par des médecins probes et instruits ; si l'on s'assurait de bonne heure de l'incurabilité de la maladie par les remèdes internes, et de la nécessité de l'opération, si l'on soutenait avec soin les forces vitales, si enfin l'on pratiquait l'opération avant que l'organisme entier menaçât de tomber en ruines ; je suis persuadé qu'on sauverait la majeure partie des malades opérées.

g) Dans tous les cas, il est de la plus haute importance de bien déterminer la véritable cause de l'affection dont est atteinte la matrice, pour décider la nécessité ou la convenance de l'extirpation. C'est ainsi que les tumeurs accompagnées de douleurs, et d'une apparence équivoque, qui se manifesteraient sur cet organe, en même temps que la malade serait affectée d'une maladie syphilitique, ou qui précéderaient les symptômes généraux et constitutionels, pour ainsi dire, de cette maladie, exigeraient non pas l'extirpation, mais un traitement méthodique antisyphilitique, lequel aurait d'ailleurs l'avantage de permettre au médecin de porter un diagnostic certain sur la nature de ces tumeurs, dans le cas où elles persisteraient après la disparition des symptômes de syphilis. Cependant j'ai remarqué, dans ma pratique, que la matrice est très-peu disposée à contracter l'infection syphilitique, et qu'au contraire le vagin l'est très-fort. J'ai vu des femmes atteintes de ce virus, qui en présentaient tous les symptômes à la vulve, et profondément dans le vagin, qui mettaient au monde des enfans morts avant terme, avec toutes les marques d'avoir été victimes de l'action de ce virus, dont les eaux étaient sorties

putréfiées, dont les lochies avaient longtemps été suspectes, et chez lesquelles je n'ai jamais vu le corps de l'utérus atteint de syphilis, et rarement même les lèvres de l'orifice. Je dois donc contredire positivement ici l'opinion de SCHWEIGHAUSER, savoir que la majeure partie des cancers de l'utérus, sont d'origine vénérienne.

Les ulcères cancéreux de la matrice sont, au contraire, presque toujours bornés à cet organe, et il est fort rare qu'on trouve le vagin atteint de la même affection. On ne saurait donc reconnaître qu'un même virus soit le principe de deux maladies aussi différentes.

Le squirrhe et le cancer de l'utérus me paraissent devoir être considérés comme une maladie *sui generis*, indépendante de toute autre ; ils ont, il est vrai, la plus grande ressemblance avec le squirrhe et le cancer des autres parties du corps ; mais leur formation, la constitution propre de l'organe dans lequel ils se forment, etc., permettent certainement de saisir des qualités propres, qui ne peuvent se rencontrer nulle part ailleurs ; si le col et surtout l'orifice de la matrice souffrent spécialement, et plus fréquemment dans cette maladie, il faut surtout l'attribuer à la situation et

aux fonctions de cet organe. Si nous réfléchissons à toutes les lésions auxquelles cette partie est sujette, si nous pensons au coït qui a lieu dans toutes les périodes de la vie de la femme, avant, pendant et après l'écoulement menstruel, aussi bien que durant la grossesse, lorsque l'orifice de la matrice est encore situé le plus bas; si nous mettons dans la balance ce qu'elle a à souffrir pendant l'accouchement, et si nous comptons les échauffemens, les irritations, et surtout les refroidissemens qui en sont la suite, etc., nous devons être surpris qu'il ne survienne pas plus de maux à cette partie; et c'est là qu'il faudrait chercher le plus grand nombre des causes qui concourent à produire le squirrhe ou le cancer de la matrice.

Existe-t-il un virus cancéreux, principe du squirrhe et du cancer? Les opinions des savans sont encore partagées à ce sujet; nous devons avouer que nous ne connaissons pas du tout ce virus, et que la maladie que nous nommons squirrhe et cancer, a ses qualités distinctives, dont une des plus importantes est qu'elle commence par un point unique, circonscrit dans une portion séparée de notre corps, qu'elle se borne le plus souvent à celle-ci; que son principe dangereux demeure longtemps dans cet

état d'isolement, sans que le reste du corps y participe, ou paraisse avoir pris part à son développement; et que ce n'est que lorsque l'induration prend de l'extension, et passe à l'état de maladie générale, que les douleurs se manifestent, et qu'elles sévissent ensuite sur le reste de l'organisme du malade.

Est-ce un virus morbifique, que nous pourrions nommer cancéreux, qui circule dans la masse des liquides, avant la formation des indurations squirrheuses, qui choisit un lieu spécial pour y exercer ses ravages, et pour en faire l'organe de sécrétion de ce virus?

Ou bien, au contraire, n'est-ce que lorsque le squirrhe, formé, passe à son mode propre de développement, lorsque un virus morbifique fluide est développé en lui, lorsque les parties qui l'entourent, entrent en participation de souffrances, que l'absorption peut avoir lieu, que la masse des humeurs souffre un mélange morbide, et que la dyscrasie nommée cancéreuse, se forme seulement alors dans ce lieu?

Ce sont des questions qui n'ont point encore, il est vrai, été résolues, et ne sont pas facile à l'être; cependant l'observation impartiale parait être plutôt en faveur de la dernière que de la première. Il parait effectivement, que la

nature maintient d'abord l'ennemi dangereux, prisonnier pour quelque temps, et nous laisse le temps d'en faire l'ablation, avant qu'il fasse éruption dans sa force destructive. Cela doit nous engager à entreprendre toujours l'extirpation du véritable squirrhe assez tôt ; et la triste expérience de l'incurabilité sans l'extirpation, ainsi que de l'insuffisance d'une extirpation faite trop tard, doit nous fortifier dans cette idée.



APPENDICE ET NOTE DU TRADUCTEUR.

On peut considérer comme une addition importante à l'opération, dont on peut regarder Osiander comme l'inventeur, ce qui suit, et qui est tiré du Journal savant de Gôttingue pour 1816.

« Quoique la résection de la partie malade
« de la matrice, pratiquée vingt-trois fois par
« Osiander, lui ait très-bien réussi, il a ce-
« pendant éprouvé, dans plusieurs cas, une
« grande difficulté à amollir la portion en-
« durcie restante de l'utérus, et à la ramener à
« sa forme naturelle; il a donc essayé plusieurs
« des moyens les plus puissans, mais aucun ne
« l'a pleinement satisfait, jusqu'à ce qu'il ait
« employé l'eau de *laurier cerise*, tant à l'in-
« térieur qu'à l'extérieur, après l'opération;
« elle a agi d'une manière étonnante, après
« l'extirpation de la partie cancéreuse, pour
« atteindre les restes squirrheux, et pour ra-
« mener la portion de la matrice encore
« subsistante à l'état sain. Osiander cite

« Blumenbach comme témoin d'une opération
« faite, il y a deux ans, et du succès de l'em-
« ploi de l'eau de *laurier cerise ;* d'autres cas
« subséquens ont confirmé l'utilité de ce
« moyen ; mais jamais il n'avait osé présumer
« qu'un squirrhe entier de l'utérus, avec tous
« les symptômes d'un passage prochain au
« cancer ouvert, comme fièvre, douleurs lo-
« cales, hémorrhagies fréquentes, pût être
« guéri sans opération, par le moyen sus-in-
« diqué, jusqu'en Janvier 1815, où il eût le
« bonheur de faire cette expérience, sur une
« femme âgée de trente et quelques années,
« faible depuis sa jeunesse, et qui, par suite
« d'une fausse-couche, avait la matrice tout-à-
« fait dure, gonflée, rude à son orifice, et
« saignant avec facilité ; cette femme avait dé-
« ja fait inutilement usage de remèdes externes
« et internes, que lui avaient prescrit deux mé-
« decins, et lorsqu'elle s'adressa à OSIAN-
« DER, en Novembre 1814, elle souffrait jour-
« nellement de crampes, d'une fièvre lente,
« de douleurs locales et d'hémorrhagies qui
« reparaissaient souvent ; comme elle redou-
« tait beaucoup une opération, elle le pria de
« tout employer, et de tout tenter pour
« chercher à la guérir sans l'opérer ; il y con-

« sentit, et essaya d'abord, sans trop se fier au
« succès, l'emploi purement extérieur de l'eau
« de *laurier cerise*; dans la suite, il en prescrivit
« aussi l'usage modéré à l'intérieur, en même
« temps qu'il employa d'autres remèdes pris
« parmi les antispasmodiques toniques, d'a-
« près ce que les circonstances lui paraissaient
« requérir. Ce moyen surpassa son attente;
« l'utérus gonflé et durci se ramollit en peu de
« temps, diminua de volume, et reprit peu-à-
« peu sa forme et sa grandeur naturelles; les
« hémorrhagies disparurent tout-à-fait, et la
« menstruation reprit son cours; le trai-
« tement avait commencé au milieu de No-
« vembre 1814, et en Janvier 1815 il était ter-
« miné avec succès. Pour s'assurer si la guérison
« serait de durée, OSIANDER a attendu environ
« un an avant de communiquer à la Société
« Royale cet heureux résultat; et maintenant
« cette femme est vivante et parfaitement bien
« portante.

« OSIANDER attribue ce résultat à l'acide
« hydrocyanique, contenu dans l'eau de *lau-*
« *rier cerise,* qui doit être employé avec beau-
« coup de prudence. »

L'extirpation totale de la matrice cancé-

reuse, acquérant un haut degré d'importance, dans ce moment où les chirurgiens habiles, de toutes les nations, attaquent les maladies réputées incurables, par des opérations qu'on aurait regardé, il y a peu d'années, comme absolument impossibles, ou d'un succès plus que douteux; l'art nous parait devoir de la reconnaissance à l'auteur du mémoire qu'on vient de lire, pour les détails historiques, critiques et même pratiques, dans lesquel il est entré. Quoiqu'il y émette l'opinion qu'il est parvenu à donner des règles fixes et sûres pour le manuel opératoire de l'extirpation; il est cependant probable que chaque praticien y procédera, de la manière qui lui paraîtra le plus adaptable au cas qui s'offrira à lui, sans s'astreindre à aucune règle; il n'y a peut-être même aucune raison positive pour nier aujourd'hui, que jamais on puisse extirper l'utérus, en faisant, à la paroi antérieure de l'abdomen, une incision suffisante pour agir de haut en bas, comme l'auteur l'a fait de bas en haut; bien plus, le peu d'inconvénient qui est résulté pour la malade d'une grande perte de substance du péritoine, ainsi que du déplacement des intestins, nous semble prouver évidemment que cette membrane peut être incisée

sans qu'il en résulte autant de danger qu'on le croit communément; il est même probable, que c'est à l'étendue considérable de cette perte de substance, qu'est due l'innocuité de cette opération ; on sait, en effet, que les grands coups de sabre, qui font à l'abdomen une plaie énorme, par laquelle semble sortir la totalité des intestins, sont bien moins graves que des blessures plus petites, telles que des coups de couteau, ou de pointe d'épée, abstraction faite de la lésion des viscères ; ce qui, soit dit en passant, est peut-être dû à ce que les grandes plaies permettent le gonflement des membranes séreuses, qui accompagne leur inflammation, tandis qu'en pareil cas, les petites blessures causent une sorte d'étranglement ; c'est encore ainsi qu'on voit les vastes plaies des articulations être suivies d'accidens moins graves, que les piqûres des mêmes parties.

L'observation de SAUTER est donc précieuse, sous le point de vue qu'elle confirme ce fait, qu'on peut, dans certain cas, pénétrer dans la cavité de l'abdomen, et toucher avec la main une assez grande quantité des intestins, sans risque pour le malade ; il y a là, ce nous semble, de quoi encourager les opérateurs qui, dans la suite, tenteront l'extirpation totale de l'utérus.

On ne connait, jusqu'à ce jour, la pratique du célèbre Prof. DUPUYTREN, quant à l'objet qui nous occupe, que par un rapport succinct qui en a été fait par un tiers, en 1815; espérons que cet homme habile entrera bientôt dans plus de détails, et jettera sur cette opération, ainsi que sur ce qui la précède, et ce qui la suit, la lumière qu'il répand sur tous les points qu'il traite.

Nous nous permettrons ici quelques remarques sur le traitement qu'a suivi l'auteur, après cette hardie opération.

Il dit, p. 291, que *ce fut par pure précaution qu'il remplit le vagin de charpie saupoudrée d'alun.* Dans un cas pareil, lorsqu'il n'y a pas nécessité absolue, ou crainte fondée de la part de l'homme de l'art, doit-il employer sur des parties aussi irritables, un topique actif comme l'*alun?*

L'auteur nous répond lui-même, p. 296, lorsqu'il rapporte à cet *alun* la formation de la croute, dont la chute est suivie de fortes douleurs par l'écoulement de l'urine. Cet exemple ne doit donc pas être suivi, et il nous parait qu'une application, une affusion d'eau froide serait bien préférable; elle aurait très-probablement pour résultat d'arrêter l'hémorrhagie,

et n'aurait pas comme l'*alun* l'inconvénient de produire une irritation douloureuse. A cette occasion, il nous semble qu'un moyen facile et sans danger d'arrêter l'hémorrhagie, et même de faire le pansement unique des deux ou trois premiers jours, serait d'introduire dans le vagin une vessie de cochon bien détrempée, et de la remplir d'eau froide au moyen d'une seringue ; cette eau, pendant les premières heures, pourrait être fréquemment renouvellée, elle tempérerait la chaleur que produit l'inflammation, et probablement aussi la douleur qui l'accompagne ; de plus, la vessie soutiendrait les intestins, quand l'abdomen aurait été ouvert, et elle permettrait d'attendre le moment où les pansemens ne demanderaient qu'une médiocre quantité de charpie sèche, ou enduite de cérat ; c'est à l'expérience à décider si notre proposition a quelque mérite, ou si elle n'en a point.

Après l'opération, SAUTER a donné de l'opium à la malade ; nous nous demandons s'il ne conviendrait pas, presque toujours, d'en donner d'assez fortes doses, avant toutes les opérations aussi longues et aussi douloureuses que celle-ci ; il est à présumer que l'opérateur s'attirerait, au moins, quelques bénédictions

de la part des malades, qu'il aurait ainsi délivré des plus cruelles souffrances; d'ailleurs on diminuerait sensiblement la force musculaire, et la résistance des malades, qui, malgré les aides, retardent souvent l'opération.

Dans les pansemens subséquens, l'auteur injecte dans le vagin une décoction de saule, avec *de la teinture de Galbanum;* nous ne saurions approuver l'usage des spiritueux, même fort étendus d'eau, pour déterger des parties en suppuration, c'est faire bien gratuitement éprouver de nouvelles douleurs aux malades.

La promptitude de l'occlusion de l'abdomen dans la partie supérieure du bassin, est une circonstance digne de remarque, surtout quand on la rapproche de l'état où fut trouvé l'intestin dans cette place, à l'autopsie cadavérique.

Après les symptômes, presque habituels, d'embarras gastrique qu'a montré la malade, pendant la guérison des plaies faites par l'instrument tranchant, nous ne pouvons nous empêcher d'être un peu surpris de ce que, dans la maladie qui a commencé le 22 Mars, l'auteur a cru devoir combattre si opiniatrément la diarrhée avec le kinkina, l'opium et les toniques, tandis que toutes les fois qu'il a donné

l'ipécacuanha, il s'en est bien trouvé; nous croyons qu'il en a été trop ménager, et que la réitération de ce remède, en y joignant même quelques grains de tartre émétique, aurait été suivie de succès. Notre pratique nous a démontré, qu'aucune médication n'a de moindres inconvéniens, que l'emploi des vomitifs répétés, même beaucoup plus souvent qu'on n'a coutume de les donner, et qu'aucune n'est suivie d'aussi grands avantages.

L'importance pratique de l'extirpation de l'utérus cancéreux, nous a déterminé à faire passer dans la traduction tous les détails de l'opération et du traitement, parce que l'observation de SAUTER peut devenir un point de comparaison, dont les praticiens se serviront à l'avenir; et qu'il importe pour l'avancement de l'art, de connaître toutes les circonstances prévues ou imprévues, auxquelles on peut rapporter le succès ou le non-succès des opérations, et en particulier de celles qui sont aussi graves que celle-ci.

FRACTURES NON-CONSOLIDÉES.

OBSERVATION

Sur l'usage du séton dans les fractures non-consolidées, et sur les méthodes qui ont été employées pour favoriser la réunion des os fracturés, par James Wardrop. *Esq.*

Extrait des Transactions médico-chirurgicales de Londres, vol. V.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

par Ch. Th. Maunoir, Doct.-Chirurg. Prof.

Toutes les fois qu'un os est fracturé chez un animal vivant, les ſorces du système organique s'exercent d'une manière aussi active, pour favoriser la réunion des extrémités fracturées de l'os, que pour procurer la réunion d'une plaie de la peau, ou de toute autre partie molle. L'animal est-il en santé? la réunion s'opère graduellement, et elle s'effectue dans un temps

déterminé. Mais si l'un des fragmens n'a pu être maintenu dans un repos parfait ; s'il s'est fait, entre les extrémités rompues, une interposition de parties molles ; enfin, si quelque dérangement constitutionnel a troublé l'ossification, l'union se fait attendre longtemps, et, dans quelques circonstances, elle n'a point lieu, ensorte que la fracture se convertit en articulation contre nature.

Dans tous les cas, les phénomènes de la réunion de l'os ressemblent à ceux qu'on remarque dans la cicatrisation de toutes les parties molles ; chacun des tissus mous, tels que la peau, le tissu cellulaire, le muscle, le vaisseau sanguin, le nerf, demande, après qu'il a été divisé, un terme déterminé pour se réunir, mais en même temps, ce terme est sujet à varier selon la nature de la constitution particulière de chaque individu.

Indépendamment de ce que la constitution peut se trouver dans un état d'inertie et de langueur, qui nuit à la réunion des os ; il y a certaines dispositions du corps, qui s'opposent à la formation du cal. Cela s'observe particulièrement chez les femmes grosses. On a remarqué que, pendant la grossesse, les fractures ne montrent aucune disposition à se réu-

nir avant la délivrance. Un fait non moins remarquable, c'est qu'il est quelques maladies pendant lesquelles la matière osseuse, qui sert à réunir l'os fracturé, est absorbée entièrement, et que la fracture reste non-consolidée, tant que cette disposition persiste; mais lorsque la maladie est guérie, l'union osseuse commence à s'opérer. Je ferai connaître en détail deux cas, qui serviront à éclairer ce point important de pratique, conjointement avec ceux qui se trouvent dans les annales de la chirurgie. Des autorités irrécusables ont aussi avancé que, dans les voyages de long cours, les marins, qui ont eu quelque os fracturé, étant atteints du scorbut, sont exposés à une mobilité permanente des os, dans l'endroit fracturé, et qu'alors la consolidation ne s'opère point, tant que l'affection scorbutique n'a pas été détruite.

Le premier objet qui commande notre attention, dans le traitement des fractures non-consolidées, c'est la recherche des causes qui s'opposent à l'ossification naturelle.

Lorsque d'après le récit de l'accident, d'après la position des fragmens, et la forme du membre, il y a lieu de soupçonner que la réunion de l'os n'a pu se faire, à cause de l'interposition

d'un muscle, ou de quelqu'autre partie molle, entre les extrémités de l'os, le seul moyen d'avoir une chance de consolidation, serait d'inciser les tégumens, d'écarter les parties molles déplacées, et de mettre en contact exact les extrémités fracturées. Elles seraient alors dans la condition d'une fracture récente, compliquée, et en la traitant comme telle, l'on pourrait avoir quelque espérance de succès.

Lorsque les os fracturés ne se sont pas réunis, soit par un défaut d'action dans l'organisme, soit pour avoir été exposés à de fréquens mouvemens, le but du chirurgien est de chercher à produire une inflammation artificielle dans les parties molles voisines. En effet, dans tous les cas de fractures, lorsque l'ossification suit une marche non-interrompue, le premier changement qui s'opère après l'accident, c'est l'inflammation des parties molles, qui entourent les extrémités fracturées de l'os. Bientôt il se fait un épanchement gélatineux autour de la fracture, et c'est dans cette substance, qui se consolide ensuite, et qui prend une structure, à laquelle on a généralement donné le nom de *cartilagineuse*, que la matière osseuse se dépose. Lors donc que l'inflammation n'est pas suffisante, ou lorsque pendant

qu'elle a lieu l'ossification est interrompue par les mouvemens du membre, on a découvert qu'en excitant une nouvelle inflammation, la réunion de l'os fracturé en était le résultat.

On a mis en usage différens procédés, pour exciter cette inflammation artificielle; les plus puissans d'entr'eux ont, dans quelques cas, été sans effet.

L'application de vésicatoires, souvent renouvellés, sur le lieu de la fracture, a eu des succès remarquables pour l'accélération de l'ossification, lorsque la marche en était lente; elle a été généralement adoptée, à cause de ses avantages, par les chirurgiens vétérinaires, dans les fractures des os chez les chevaux.

Lorsque le repos n'a pas suffi pour opérer la consolidation des os, on a eu quelquefois recours au frottement des bouts fracturés. On l'opérait en saisissant les deux extrémités de l'os, et en les frottant l'une contre l'autre, ou bien en forçant le malade à s'appuyer sur le membre fracturé, après l'avoir entouré d'attèles, de manière à faire rencontrer et frotter les bouts. Ce traitement convient particulièrement dans les cas où la santé est languissante, et où un léger stimulus suffit pour provoquer

le degré d'inflammation nécessaire à l'ossification. J'ai connaissance d'un cas où ce procédé fut adopté accidentellement.

Un matelot se fractura le bras ; l'humérus ne montra aucune disposition à s'unir, pendant trois semaines ; lorsque à cette époque il fit une chûte, et se froissa fortement le bras. Dès cet instant la marche de la consolidation fut rapide.

On a aussi tenté de guérir les fractures non-consolidées, en incisant jusque sur les extrémités rompues, en les irritant, et en enlevant l'enveloppe cartilagineuse dont elles s'étaient revêtues.

Mais l'opération la plus grave qui ait été faite dans ce but, c'est la soustraction complète des extrémité fracturées, par la section des parties molles, et l'ablation des extrémités osseuses, au moyen de la scie. On les met ensuite en rapport, comme dans les fractures récentes compliquées.

Ces deux dernières opérations sont longues et difficiles, surtout lorsqu'il faut les faire sur de grands os ; elles ne sont pas exemptes de danger, et elles n'ont pas souvent été couronnées de succès, aussi les met-on rarement en pratique.

Elles ne sont d'ailleurs pas applicables à tous les cas de non-réunion. Car lorsque le cal ne s'est pas formé, l'os fracturé peut se trouver dans deux états très-différens; ou les fragmens en contact ne sont fixés que par les parties molles, sont lubréfiés par un fluide synovial, et ressemblent ainsi à une articulation naturelle; ou bien ces fragmens sont plus ou moins séparés l'un de l'autre, et l'espace intermédiaire est rempli par une substance cartilagineuse, dans laquelle se trouvent quelques points d'ossification: on peut, dans le premier cas, tenter l'une ou l'autre de ces opérations, mais lorsque les os sont séparés, aucune d'elles n'est admissible.

Les difficultés, le danger, le peu de succès de ces opérations, ont engagé à faire la tentative d'un autre procédé, qui consiste à exciter une nouvelle inflammation aux fragmens non-réunis, en passant un séton entre les extrémités de l'os. Cette méthode a fait faire un pas important à la chirurgie; elle est applicable toutes les fois que l'on pourrait tenter les autres procédés, c'est une manière simple d'exciter l'inflammation, et en même temps d'en régler l'intensité selon l'exigence des cas.

La chirurgie est redevable au Doct. PHYSIC

de New-york, de cette ingénieuse opération. Elle est rapportée dans le *Medical Repository* (vol.I. New-york 1804). Une fracture de l'humérus étant restée non-consolidée pendant vingt mois, il introduisit un séton entre les extrémités de l'os, et ce procédé fut suivi d'une réunion osseuse complète. Le succès de cette opération, ses avantages évidens sur toutes les autres méthodes, me déterminèrent à l'adopter dans un cas de fracture du fémur non-consolidée. Quoique l'opération n'ait pas été suivie d'un succès permanent, comme chez le malade du doct. PHYSIC, elle me paraît cependant assez intéressante pour être publiée; c'est la première fois, je crois, qu'elle a été tentée dans ce pays; elle engagera peut-être d'autres personnes à adopter une pratique, qui sera probablement suivie de succès.

1.e OBSERVATION. *Fracture non-consolidée traitée par le séton passé entre les fragmens de l'os.*

Dans un combat sur mer, le commandant du vaisseau fut blessé à la cuisse gauche, par une pièce de bois détachée du flanc du bâtiment par un boulet de dix-huit livres. Le fé-

mur fut fracturé en travers, quatre pouces au-dessous du grand trocanter ; la plaie des tégumens était un peu plus grande qu'un écu, et toute l'extrémité était fortement contuse.

Le malade fut placé dans un hamac, la cuisse sur le côté supportée par un oreiller. Il eut une fièvre violente, et à sa suite, au bout de sept ou huit jours, un écoulement abondant de pus naturel. Quinze jours après l'accident, il se plaignit d'une affection abdominale, qui dura plusieurs jours, et pendant laquelle, on changea souvent la position de la cuisse. L'écoulement continua à être de bonne nature ; au bout de deux mois, la plaie des parties molles était entièrement cicatrisée; mais on avait été obligé, pendant tout ce temps, de faire le pansement deux fois par jour, ce qui ne pouvait avoir lieu sans remuer la cuisse, et sans changer sa position.

Malgré le séjour au lit, lorsqu'on examina le membre fracturé, à Calcuta, trois mois après l'accident, on s'aperçut que la fracture n'était pas réunie.

Les chirurgiens qui prirent soin du malade, changèrent la position horizontale où il se trouvait, et tandis que la cuisse saine portait le poids du corps, la gauche qui était pendante

céda à son poids, comme si elle fut rompue ; le lendemain matin, la cuisse fut fixée par un appareil et un bandage solide, la jambe pendante et reposant sur le talon. Au bout de neuf jours, la jambe fut de nouveau placée dans une position horizontale, soutenue avec des emplatres agglutinatifs, des compresses, et un bandage roulé. Dix jours après, on examina la fracture, mais les fragmens ne s'étaient point réunis. Depuis cette époque, on conseilla au malade de se promener avec des béquilles, et de prendre autant d'exercice que possible. Vingt mois se passèrent ainsi depuis l'accident, jusques à son arrivée à Londres, sans qu'il se fut fait aucun changement dans l'état du membre fracturé.

Il était alors de quatre pouces plus court que l'autre; la forme en était changée, le genou, tourné en dehors, paraissait moins volumineux que celui du côté sain. Le corps était d'ailleurs d'un tel embonpoint, que l'on n'apercevait pas distinctement l'altération qui avait lieu dans les os. On pouvait suivre la portion supérieure du fémur sous le muscle droit, jusques à la fracture; mais il était difficile de distinguer le fragment inférieur, tant il était enveloppé de parties molles; il paraissait avoir chevauché,

et s'être fortement écarté du fragment supérieur. Les parties interposées entre les os étaient molles, et cédaient à tel point, qu'en saisissant le genou, et en étendant la cuisse, on pouvait amener celle-ci à sa grandeur naturelle, et placer les fragmens en contact presque immédiat. L'action des muscles au-dessous de la fracture, à l'exception de ceux de la jambe et du pied, était complétement détruite, ensorte que le membre demeurait immobile ; et lorsque le malade voulait changer de place, il avait besoin d'aide pour guider le pied, dont il ne pouvait faire de lui-même aucun usage.

Traitement.

On a déjà remarqué, que la cause la plus fréquente de la non-consolidation des os fracturés, dépend de l'interruption de la marche de l'ossification, par les mouvemens auxquels le membre est exposé. Il n'est point de doctrine plus généralement établie en chirurgie, que la nécessité de maintenir un os fracturé dans un état de repos parfait, jusqu'à ce que la réunion soit complétement opérée. Dans le cas qui nous occupe, la consolidation du fémur ne

put avoir lieu, à cause des mouvemens inévitables que nécessitait la nature de la plaie, et la position du malade. Lorsque la plaie fut cicatrisée, on n'avait adopté aucun moyen de placer le membre dans une position fixe pendant plusieurs jours. Je dus, en conséquence, considérer ce cas, comme un de ceux dans lesquels, en excitant une nouvelle inflammation autour de la fracture, et en la traitant ensuite comme si elle était récente, on pouvait espérer de produire une réunion osseuse. L'application d'un séton, suivant la méthode du docteur PHYSIC, me parut convenir ici, car il aurait été presque impossible de scier les fragmens osseux, et en particulier l'inférieur, qui se trouvait profondément caché dans les chairs, et tellement séparé de l'autre, qu'on aurait été dans l'obligation de diviser auparavant presque tous les muscles de la cuisse. Cette opération aurait été accompagnée chez le malade d'un grand danger, à cause du volume énorme des parties molles, et de sa constitution irritable. D'ailleurs comme il était probable qu'il y avait une portion cartilagineuse, qui devait servir de noyau au nouvel os, entre les fragmens du fémur, on pouvait aisément introduire un séton entr'eux, à travers le cartilage. L'opération

fut faite en présence de M. ABERNETHY, qui voulut bien m'aider de ses conseils et de sa main.

Appareil.

Avant d'entreprendre l'opération, il fallait avoir un appareil prêt à maintenir le membre dans un repos parfait, et dans une extension continuelle, indispensables pour l'union de ces parties. Dans cette intention, on fit usage de l'appareil de Desault, avec quelques légers changemens, comme le plus simple et le plus ingénieux qui ait été imaginé pour remplir le but désiré.

L'appareil se compose de trois attelles, et de bandages qui servent à les fixer à la cuisse et au tronc. La principale pièce est formée par une attelle solide, de deux pouces et demi de largeur, assez longue pour s'étendre de l'épine de l'ilium, à huit pouces au-dessous du bord du pied. La partie supérieure de l'attelle se fixe dans une petite poche, appartenant à une courroie qui fait le tour de la cuisse, et s'arrête en dehors de l'attelle; un bandage fixé autour du pied s'attache à une pièce de bois, qui se projette à angle droit de l'extrémité inférieure

de l'attelle. De cette manière, la cuisse ne forme qu'une seule pièce qui peut s'étendre à volonté, en serrant le sous-cuisse sur l'extrémité supérieure, ou en serrant le lien qui fixe le pied à la partie inférieure de l'attelle.

La seconde s'étend de la partie supérieure et interne de la cuisse jusqu'au talon, elle a quatre pouces de largeur, elle est échancrée, ainsi que la première, en regard de la fracture, pour faciliter le passage du séton, et le pansement de la plaie. La troisième est de la longueur du fémur.

Opération.

Après avoir reconnu et senti l'extrémité fracturée de la portion supérieure du fémur, je fis une incision directement au-dessus, en y comprenant les tégumens et les parties molles jusques à l'os; elle avait un pouce et demi de longueur extérieurement, elle suivait le bord externe du muscle droit, et se trouvait à six pouces au-dessous de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. Avec l'indicateur introduit dans la plaie, il me fut facile de déchirer quelques bandes de tissu cellulaire peu adhérentes à l'os. Un bistouri boutonné, porté

le long du doigt au fond de la plaie, me servit à couper quelques parties molles, et à atteindre la partie inférieure de l'os. Je m'aperçus alors que non-seulement il y avait chevauchement des extrémités fracturées, mais qu'il y avait entr'elles un intervalle considérable, rempli par une substance qui avait la ténacité et la solidité du cartilage. La gaine arrondie de l'aiguille à séton, fut dirigée au moyen du doigt jusqu'à ce corps cartilagineux; le lieu de l'insertion du séton ayant été choisi, je poussai la lame tranchante en avant, en portant l'instrument en en-bas, et en dehors, au milieu de la cuisse, et sans rencontrer aucun obstacle, je la fis sortir vers le bord dorsal du muscle vaste externe. J'introduisis ensuite un faisceau de cordons de soie dans l'œil de l'aiguille à séton, et je lui fis parcourir tout le trajet de la plaie, dans laquelle je laissai la soie.

On plaça le membre dans un appareil à attelles; les bandages qui devaient l'assujettir, n'étaient point encore posés, lorsqu'il survint un jet de sang artériel, sortant de la plaie supérieure; on épongea le sang pendant une demi-heure, sans qu'il se fît d'interruption au jet; on fut obligé de retirer quelques caillots qui distendaient la plaie. Voyant que le sang

partait d'une lieu profondément situé, j'introduisis l'index dans la plaie, et essayant les effets de la pression en différens points, je parvins enfin à arrêter l'hémorrhagie, en comprimant fortement avec l'index et le pouce, les parties molles situées à l'extérieur de la cuisse. On diminua graduellement la compression, après l'avoir continuée pendant plus d'une heure, après quoi on retira doucement le doigt, et on fit le pansement. La plaie inférieure, qui était remplie par le séton, ne donna aucun passage au sang. Le malade demeura plusieurs heures avant de se remettre de l'état de faiblesse causé par l'hémorrhagie qui, au reste, ne reparut point.

Peu de temps après l'opération, la cuisse prit un gonflement inflammatoire dans le lieu de la fracture, et la suppuration s'établit convenablement ; mais l'extension procurait une inquiétude telle, qu'on fut obligé d'y renoncer, et qu'on se borna à maintenir la jambe et la cuisse dans un état de rectitude. Au bout de huit jours, la suppuration était bien établie, le gonflement de la cuisse diminuait, et les symptômes fébriles, qui d'abord avaient été très-intenses, disparaissaient insensiblement.

C'était le cas de commencer l'extension con-

tinuelle, et de placer les os dans la condition la plus favorable à leur consolidation. L'appareil à extension permanente aurait rempli ce but, mais il occasionnait une douleur telle, au pied et au genou, qu'il devenait difficile de le supporter au-delà de quelques heures. Ces circonstances, et l'impossibilité de changer la position relative des parties molles, qui s'étaient accoutumées pendant dix-neuf mois à une situation particulière, privaient de l'espérance d'allonger le membre, et de l'accommoder à une position différente de celle qu'il avait contractée depuis l'accident. En conséquence, la cuisse fut fixée par un appareil à attelles dans un état d'immobilité, et les bandages furent calculés, de manière à pouvoir panser régulièrement les plaies, sans imprimer aucun mouvement à l'extrémité.

Dans la soirée du dixième jour après l'opération, le malade éprouva de la tension dans la plaie, en l'examinant quelques heures après, on trouva qu'il en était sorti d'en haut et d'en bas une grande quantité de sang. L'hémorrhagie était arrêtée lorsqu'on leva l'appareil, mais il y avait une tension douloureuse dans les parties molles voisines de la plaie supérieure.

Quoique l'hémorrhagie eut cessé, le malade conservait beaucoup d'inquiétude, il souffrait de la distension de la plaie par le sang extravasé. L'écoulement purulent ayant augmenté, il survint une inflammation erysipélateuse intense, à la partie supérieure et postérieure de la cuisse, avec une fièvre symptomatique très-forte, le pouls fréquent, de la faiblesse et de l'irritation. Il y avait vingt-un jours, depuis l'introduction du séton, et l'on pouvait croire qu'il avait excité l'inflammation nécessaire pour produire la réunion des os; ensorte qu'on jugea convenable de le supprimer, d'autant plus qu'il y avait un désordre très-fâcheux dans la constitution du malade. La suppression du séton n'entraîna ni douleur, ni perte de sang; l'on vit au contraire l'inquiétude se dissiper, les symptômes fébriles cesser, la suppuration diminuer et le pus prendre plus de consistance. Chaque jour amenait un changement favorable; la plaie la plus déclive fut cicatrisée en cinq jours; la supérieure se remplissait, et dans l'espace de quinze jours elle fut complètement guérie.

On maintint la cuisse dans un état de repos parfait; un mois après la suppression du séton, ou sept semaines après son introduction, on

trouva du gonflement dans le voisinage des parties fracturées, et il y avait de la dureté et de la solidité, au point que le malade croyait avoir acquis la faculté de mouvoir la jambe et le pied. Quinze jours après, le gonflement paraissait plus solide; après que l'appareil eut été levé, le malade put soulever la jambe et la cuisse, et il y sentait de la force, comme lorsque la consolidation osseuse a lieu.

Le malade fut alors saisi, sans cause connue, d'une violente prostration de forces, le pouls devint petit, faible, la langue blanche, et la soif ardente. Ces symtômes furent suivis d'un erysipèle à la cuisse, près de la portion fracturée. Cet accident ayant duré près de trois semaines, on s'aperçut alors d'un changement sensible dans la tumeur voisine de la fracture, elle s'était amollie, les os étaient mobiles, ensorte qu'il y avait tout lieu de croire, que pendant l'état fébrile, il s'était opéré une réabsorption de la portion osseuse qui avait commencé à se consolider.

Le membre fut alors replacé dans un appareil à attelles; six semaines après, en examinant la fracture, on trouva qu'elle s'était de nouveau consolidée, la force était revenue à tel point, que le genou pouvait se lever un peu.

Mais une seconde attaque semblable à la première, et plus forte encore, vint interrompre la cure, les symtômes fébriles furent très-violents, et l'érysipèle s'étendit jusques sur la jambe. Les fonctions digestives se dérangèrent; la nature de l'indisposition, l'apparence des évacuations alvines, désignaient une affection des organes biliaires; cette attaque fut plus longue que la précédente, ce ne fut qu'au bout de six semaines que le malade récupéra assez de force, pour être envoyé à quelques milles de la ville, la campagne ayant été jugée indispensable, pour le rétablissement de sa santé générale.

On examina de nouveau le membre, il avait subi la même altération morbide, qu'à la première invasion fébrile; l'union osseuse s'était ramollie, et était devenue flexible, toute la portion osseuse nouvellement sécretée paraissait avoir été absorbée en entier. On espéra qu'en même temps que le malade se rétablirait à la campagne, la consolidation des os recommencerait de nouveau; on replaça dans ce but la cuisse dans le même appareil qu'auparavant. La santé s'améliora effectivement de jour en jour, et le rétablissement parut assuré au bout de quelques semaines.

Cependant le travail de réunion de la fracture avançait lentement, quoique la substance interposée entre les os eût acquis quelque solidité. La cuisse resta encore trois mois dans l'appareil, après quoi on l'enveloppa complètement dans un moule de plâtre de Paris ; ce moyen de consolider les fractures a quelque ressemblance avec celui qu'employent les Indiens, il peut avoir de l'avantage dans la pratique. Quoique le malade fit alors quelqu'exercice, la cuisse prit de la force, et les os de la solidité ; la comparaison de ce qu'était le membre, un an auparavant, avec l'état actuel, démontra que la position du malade s'était décidément améliorée ; au lieu d'avoir la cuisse pendante et sans mouvement, le fémur avait acquis une solidité telle, que le malade pouvait le diriger en avant, en arrière et de côté; il s'en servait même sur un terrain irrégulier, et il pouvait monter et descendre les escaliers. Quoique le fémur ne fût pas assez fort pour servir de point d'appui à tout le corps, le malade, au lieu d'être relégué dans une chaise, ou dans une position horizontale, devint capable de faire des promenades de longue haleine; et quoique l'opération eut paru, dans un moment, promettre un succès plus complet,

il estimait que le résultat obtenu était une compensation suffisante des souffrances qu'il avait endurées.

2.e OBSERVATION. *Cas dans lequel, après la consolidation de la fracture, la réabsorption de l'os a eu lieu.*

Un matelot âgé de soixante-trois ans, en tombant sous un cheval, eut les deux os de la jambe fracturés au-dessus des malléoles, avec un froissement considérable dans les parties molles; les portions contuses s'étant ulcérées, on jugea qu'il était sous l'influence d'une diathèse scorbutique, parce que la jambe avait été pendant longtemps atteinte d'une affection de cette nature; en conséquence on le mit à l'usage du quinquina, du vin et des acides.

Quatre semaines après l'accident, il survint au pied un érysipèle, qui s'étendit bientôt à la jambe, et à une partie de la cuisse; à l'examen de la fracture, dix jours après cette attaque, on trouva que le cal s'était ramolli et dissout. Après que la fièvre et l'inflammation eurent été dissipées, les ulcères prirent une bonne apparence, et l'ossification parut se reformer. Mais

un nouvel érysipèle s'étant déclaré au pied, la douleur, l'inflammation et le gonflement devinrent alarmans, les ulcères prirent un aspect fâcheux, et le cal se dissipa de nouveau. L'usage judicieux des acides et de l'opium, une diète fortifiante, le vin, rétablirent la santé générale, les ulcères marchèrent à leur guérison, et la formation du cal avança rapidement.

Un troisième érysipèle survenu au quarantième jour, mais moins violent que les précédens, vint encore troubler la cure, les os fracturés se séparèrent et demeurèrent près de trois semaines dans cet état. La réunion des os recommença encore, sous l'influence de l'usage interne de la digitale, et du sous-muriate de mercure, mais l'ossification fut si lente, qu'il fallut plus d'un an pour que la jambe fût assez forte, pour porter le poids du corps; lorsqu'elle fut entièrement consolidée, elle offrit un aspect difforme. Les détails relatifs à ce cas m'ont été communiqués par le doct. Johnston, de Dunbar, qui fut chargé du soin de ce malade.

Ces deux cas présentent une analogie frappante, non-seulement par le concours des circonstances particulières dans lesquelles ces

deux marins se sont trouvés, mais à cause de la réabsorption du cal, à la première, à la seconde, et à la troisième attaque érysipelateuse pour l'un deux, circonstance absolument semblable pour le premier des malades, si ce n'est qu'elle n'a eu lieu que deux fois pendant l'opération de l'érysipèle.

3.e OBSERVATION. *Fracture non-consolidée guérie par l'introduction d'un séton.*

L'ouvrage dans lequel se trouve l'histoire d'une fracture non-consolidée, rapportée par le docteur PHYSIC, n'étant pas généralement répandu, je la transcrirai ici pour montrer les heureux effets du séton, lorsqu'on en fait l'application dans des circonstances favorables.

Un marin âgé de vingt-huit ans, s'adressa à moi, en Mai 1802, pour une fracture de l'humérus gauche, au-dessus de l'articulation du coude, qui datait de plusieurs mois; les extrémités fracturées ne s'étant point réunies, le bras devenait inutile. Il me raconta que, le 11 Avril 1801, après un voyage très-long sur mer, il s'était fracturé le bras, pendant un violent orage; on ne put faire aucun pansement

jusqu'au lendemain, où le capitaine et le pilote bandèrent le bras, et y placèrent des attelles, il ne survint ni gonflement ni douleur. Trois semaines après, le malade arriva à Alexandrie ; on jugea, en examinant le bras, qu'il n'était pas dans une position convenable.

On fit l'extension, et on réappliqua les attelles et les bandes. Le marin resta quatre mois à Alexandrie, trouvant à cette époque son bras plus fort, il abandonna toute espèce d'appareil, et s'engagea comme maître valet à bord de la frégate New-York. Il demeura ainsi pendant près de six mois, dans les environs de New-York ; après s'être servi beaucoup de ce bras, il trouva que la solidité en diminuait, que les extrémités osseuses devenaient de plus en plus libres, jusqu'à ce qu'enfin il y eut, dans le lieu de la fracture, une espèce d'articulation, qui y permettait des mouvemens de flexion. Il quitta alors la frégate, et se rendit à Baltimore, où on essaya d'appliquer un appareil à extension continuelle. Ce traitement dura deux mois, sans produire aucun changement salutaire ; le malade vint ensuite à Philadelphie.

C'est là qu'en examinant le bras, je trouvai l'humerus fracturé, deux pouces et demi au-dessus de l'articulation du coude. Les fragmens

chevauchaient d'un pouce l'un sur l'autre. L'inférieur était placé au-dessus et en dehors de l'extrémité fracturée du fragment supérieur. Ces deux fragmens de l'humérus étaient si mobiles, qu'on pouvait leur faire exécuter des mouvemens en tous sens; l'extension déprimait le fragment inférieur, mais ne le mettait pas en rapport exact avec le supérieur. A la fin de Mai, il fut admis dans l'hôpital de Pensylvanie; la chaleur était alors très-forte. Malheureusement il contracta à cette époque une fièvre bilieuse, dont il fut assez malade, pour qu'on désespérât de sa vie, pendant quelques jours. Il se rétablit si lentement, qu'il ne fut pas possible d'entreprendre aucune opération avant le mois de Décembre. Il restait à décider par quels moyens on tenterait de favoriser la réunion osseuse de l'humérus. En 1785, pendant mes études, j'avais été témoin d'un accident à-peu-près semblable, dans lequel, après avoir scié les extrémités fracturées de l'os, on avait placé les parties dans la condition d'une fracture récente et compliquée; aucun avantage n'en était résulté pour le malade, auquel on fut ensuite obligé de faire l'amputation du bras. Ce cas, qui avait fait une forte impression sur moi, et qui ne m'engageait nullement à

tenter une opération semblable, me décida à proposer aux Chirurgiens consultants de l'hôpital, d'introduire une aiguille à séton, garnie de soie, à travers le bras, et dans l'intervalle des fragmens, de laisser le séton dans cette position, jusqu'à ce qu'il eut excité de l'inflammation et de la suppuration, et qu'il se fût élevé, sur les extrémités de l'os, des granulations, qui, par leur union, et leur ossification, servissent à donner à l'os la solidité dont il était dépourvu. L'opération arrêtée fut faite le 18 Décembre 1802, vingt mois après la fracture du bras.

Avant de passer l'aiguille, je priai un aide de faire l'extension du bras, afin que le séton passât autant que possible entre les fragmens. On couvrit de charpie et d'une compresse, les ouvertures faites par l'aiguille, et on les fixa au moyen d'une bande. L'opération fut peu douloureuse. Quelques jours après, une inflammation, en tout semblable à celle qu'occasionnent les sétons dans les autres parties du corps, fut suivie d'une suppuration modérée; le bras fut alors placé dans un appareil à extension. Le pansement se fit régulièrement tous les jours, pendant douze semaines, sans changement sensible dans l'état du bras; mais peu de temps après, la flexion dans l'endroit fracturé

ne fut plus aussi facile, et le malade se plaignit de douleur, lorsqu'on faisait quelque effort pour fléchir son bras en cet endroit. Dès cet instant, la formation du cal se fit rapidement; il était assez solide, le 4 Mai 1803, pour que les mouvemens du bras, en tous sens, pussent se faire aussi bien qu'avant l'accident. Le séton fut alors supprimé, et les petits ulcères furent cicatrisés en peu de jours; enfin le 28 Mai, le malade fut renvoyé de l'hôpital parfaitement rétabli; il m'a souvent répété depuis, que son bras était aussi fort qu'il l'eût jamais été.

Addition au mémoire précédent, par B. C. Brodie. Esq.

Il y a tout lieu d'espérer, que la méthode simple et ingénieuse, proposée par le docteur Physic de Philadelphie, pour le traitement des fractures non-consolidées, fera faire un pas important à la chirurgie. Il reste cependant à déterminer si ce traitement est applicable, ou non, à tous les cas indistinctement, et quelles sont les circonstances qui font espérer du succès,

ou dans lesquelles il y a probabilité de non-réussite.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est à désirer que les personnes qui auront l'occasion d'adopter ce procédé, donnent le résultat de leur expérience; c'est ce qui m'engage à publier l'histoire d'un malade que j'ai eu l'occasion de soigner à l'hôpital de St.-George.

John Verral, âgé de douze à treize ans, eut les deux cuisses fracturées, le 30 Décembre 1812, par la roue d'un gros char. La cuisse gauche fut cassée à deux endroits, la réunion se fit au temps accoutumé. La cuisse droite fut rompue en une seule place, dans la partie moyenne de l'os; on mit en usage l'appareil ordinaire, mais les fragmens ne se consolidèrent point, l'enfant ne quitta pas le lit, depuis le jour de l'accident, jusqu'à celui de son admission à l'hôpital, le 2 Juin suivant.

A cette époque, la cuisse droite était un peu plus courte que la gauche, les fragmens, chevauchant l'un sur l'autre, présentaient une mobilité surprenante; mais l'enfant jouissait d'une bonne santé.

Le 14 Juin, après avoir fait une petite incision à la partie interne de la cuisse, je fis passer, avec une aiguille à séton, un écheveau de

soie ciré, entre les deux fragmens du fémur. Le peu de résistance que je rencontrai, me disposa à croire, qu'il ne s'était fait aucune réunion, pas même au moyen des parties molles, mais qu'il y avait une articulation artificielle bien formée. L'opération fut accompagnée et suivie de douleurs assez fortes, mais elles ne durèrent que quelques heures.

L'inflammation fut légère, l'enfant resta au lit jusqu'au 25 Juin, alors on appliqua des attelles de chaque côté du membre, et on permit au malade de marcher avec des béquilles.

A la fin du mois, la réunion des parties molles fut assez avancée ; le 2 Août, elle était assez solide pour qu'on pût renoncer aux attelles, le 10 ; le malade se promenait alors avec une seule béquille, et il pouvait s'appuier assez fortement sur le pied du côté malade.

Le 30 Août, il survint un érysipèle, qui commença aux ouvertures faites par le séton, et qui s'étendit sur tout le membre ; on jugea convenable de supprimer ce corps étranger. Le malade fut de nouveau alité ; l'érysipèle se dissipa, en lui laissant une grande faiblesse, qui ne lui permit pas de se promener tant qu'il demeura à l'hôpital. Le 20 Septembre, il retourna à la campagne pour jouir d'un meilleur

air, indispensable à sa santé. La fracture paraissait fortement consolidée, cependant un examen plus exact fit apercevoir un léger mouvement dans les deux fragmens, comme si la substance qui servait à les réunir, n'eût pas été entièrement ossifiée.

Depuis sa sortie de l'hôpital, je n'eus aucune nouvelle de mon malade, jusqu'en 1814; à cette époque, M. Lucas, qui avait suivi les progrès de la maladie, pendant qu'il était élève à l'hôpital, eut occasion de le voir, dans le lieu de sa résidence, et m'instruisit de ce qui s'était passé.

Etant de retour à la campagne, l'enfant fut en état de faire des promenades, mais étant naturellement timide, et affaibli, d'ailleurs, par la durée de la maladie, il se servit constamment d'une canne, pour avoir un point d'appui.

La mauvaise saison qui eut lieu après Noël, lui occasionna une violente fièvre rhumatismale, qui le força à rester longtemps au lit, il en conserva une contraction des extrémités inférieures. En Juillet 1814, il boitait encore par suite de cette indisposition, mais en examinant la cuisse droite, on ne pouvait apercevoir aucune mobilité dans les extrémités fracturées, dont la réunion osseuse était très-solide.

Il résulte de cette observation, que l'opération, imaginée par le docteur PHYSIC, peut se pratiquer avec sûreté et succès, à la cuisse comme au bras. Mais il faut avouer, que la jeunesse du malade rendit les circonstances plus favorables, que si l'on eût eu affaire avec une personne avancée en âge.

J'ai encore eu dernièrement l'occasion de faire l'introduction d'un séton pour un cas analogue, chez un homme de trente ans, qui avait une fracture de cuisse non-consolidée. Mais la cure n'est pas encore assez avancée, pour qu'il me soit possible d'en publier l'observation.

Cas de fractures à l'humérus non-consolidées, traitées par le séton, et la potasse caustique, par H. Earle, Chirurgien de l'hôpital St.-Barthélemy, et de celui des Enfans trouvés.

Extrait des Transactions médico-chirurgicales de Londres, vol. XII.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

par Ch. Th. Maunoir, Doct.-Chirurg. Prof.

On voit fréquemment les relations médicales transmettre les résultats heureux de quelque pratique ou de quelque opération particulière, tandis qu'elles suppriment complètement, ou qu'elles ne mentionnent que légèrement celles dont le succès a été nul, ou du moins incomplet. Combien ne doit-on pas regretter que cette manière ait été adoptée, lorsqu'il s'agit d'une

science qui ne peut s'établir que sur des faits et des observations, et dont le principal objet est la recherche de la vérité et le soulagement des misères humaines. Persuadé que le récit véridique des non succès est souvent très-instructif, j'ai réuni les observations suivantes.

M. C. de Teignmouth, en tombant de cheval, au mois d'Août 1820, se fractura l'humérus gauche, près de l'insertion du deltoïde; la douleur fut légère au moment de l'accident, elle fut nulle lorsque l'appareil eut été placé. Il ne se présenta rien de remarquable pendant le traitement de la maladie, mais lorsqu'on enleva les attelles, on s'aperçut que la consolidation des fragmens ne s'était point opérée. Au bout de quelques mois, M. de T. consulta un Chirurgien distingué d'Exeter, qui désira le soumettre à une opération, dans le but de produire de l'inflammation aux extrémités fracturées; le malade s'y étant refusé, se rendit à Londres dans le mois de Mai 1821, et il se confia à mes soins. Il était âgé de trente ans, sa santé avait été généralement bonne depuis long-temps; mais dans son enfance, il avait eu des attaques d'épilepsie, qui avaient déterminé une paralysie et une atrophie du bras droit. Cette circonstance rendait beau-

coup plus importantes les tentatives destinées à rétablir le bras gauche. Les extrémités fracturées étaient parfaitement mobiles l'une sur l'autre ; le fragment supérieur s'était rapproché de l'aisselle, il n'était point en contact immédiat avec l'inférieur. Pendant que je l'examinais, et dans l'espace de quelques minutes, je vis la peau du bras et de l'avant-bras se couvrir d'une éruption ortiée ; lorsque je la fis remarquer au malade, il m'assura qu'il avait été sujet à cette affection depuis quelques années, mais que sa santé n'en avait jamais été altérée ; et qu'elle survenait à la plus légère irritation, puisque le frottement des vêtemens suffisait pour la provoquer. Cette circonstance m'engagea à le questionner plus particulièrement sur sa santé générale et sur ses différentes sécrétions. Il avait une pâleur morbide ; sa transpiration était abondante, accompagnée d'une odeur fétide particulière, elle donnait à son linge une couleur brunâtre. L'appétit et le sommeil étaient bons, mais les intestins étaient facilement irritables. Les liqueurs fermentées, comme la bierre, le cidre, et toute espèce d'irrégularité dans le régime, occasionnaient un dépôt abondant de lithate d'ammoniaque dans les urines, il n'y avait

cependant aucun sentiment de dyspepsie, et le malade se regardait comme en état de santé. Le cidre était sa boisson ordinaire. Je conseillai de passer un séton à travers le bras entre les fragmens fracturés, espérant que l'application en serait suivie de succès; M. Brodie, auquel j'adressai le malade, fut d'accord avec moi sur la convenance de cette opération.

Elle fut pratiquée le 15 Juin. Après avoir fait une incision jusqu'à l'os, en suivant le bord externe du biceps, je pus m'assurer que la fracture était oblique; il y avait en cet endroit une saillie appartenant à la partie extérieure du fragment inférieur; ce fut derrière elle que je passai l'aiguille à séton; entre les intervalles des fragmens fracturés l'aiguille se fraya passage sans beaucoup de résistance. L'opération fut suivie d'une forte inflammation, et d'un abondant écoulement de pus très-fétide; il y eut pendant quelques jours beaucoup de fièvre, et un dérangement marqué dans la santé. Les parties molles, voisines de la fracture, prirent une tuméfaction marquée, qui donna quelque espérance de soudure osseuse. Quelque temps après, le gonflement s'affaissa, laissant à la fracture une mobilité aussi marquée qu'a-

vant l'opération ; le pus devint limpide et ichoreux, causant de l'excoriation à la peau. On ne négligea rien pour maintenir les fragmens en contact exact ; le régime fut suivi rigoureusement pendant le traitement de la maladie. Enfin, au bout de sept semaines on retira le séton, dont l'action fut complètement inutile pour la sécrétion d'une matière osseuse, malgré l'inflammation qu'il avait déterminé dans les parties molles voisines de l'os.

Le détails précédens ayant été communiqués à quelques personnes de l'art, comme il était question de nouvelles tentatives, M. Green rappela une opération qui avait été faite avec succès dans un cas semblable, et qui consistait à attaquer les extrémités osseuses non réunies avec de la potasse caustique. En comparant les deux cas, cette pratique, dans celui-ci, avait pour elle la probabilité de succès ; d'ailleurs, l'âge du malade, l'inutilité de son bras, autorisait complètement toute tentative de guérison. Le malade fut instruit de la nature de l'opération et de la possibilité qu'elle fût sans succès ; le 2 Août, il voulut en courir les chances, en conséquence je fis l'opération avec M. Green, qui voulut bien m'aider de ses conseils.

Une incision de quatre pouces à travers les tégumens, jusque sur le lieu de la fracture, mit à découvert les extrémités rompues de l'os ; elles étaient séparées par une petite esquille et par une substance fibro-cartilagineuse. Il y avait encore un peu de pus dans le trajet du séton ; la substance interposée entre les bouts fracturés fut coupée avec le scalpel, mais l'irrégularité de la surface de l'os, ne permit point de la détacher complètement. On frotta ensuite les extrémités de l'os avec une baguette de potasse caustique, assez long-temps pour leur donner une couleur noire. J'espérai provoquer une nécrose artificielle, et donner plus d'activité à l'ossification dans les parties voisines de l'os et du périoste. On dut agir avec beaucoup de précaution avec la potasse, appliquée sur le fragment supérieur de l'os, à cause du voisinage de l'artère brachiale ; l'opération fut longue, mais le malade la supporta avec courage, et déclara qu'il s'y soumettrait une seconde fois, plutôt que de permettre le passage d'un nouveau séton. L'irritation générale, et l'inflammation locale furent modérées ; il survint une tuméfaction considérable autour de l'os, le malade avait le sentiment du retour de la force et de l'action dans le

bras. Les escarres des parties molles tombèrent au bout de huit jours, la chute de deux légères exfoliations n'eut lieu que six semaines après l'opération. Les granulations de la plaie avancèrent considérablement ; elle ne resta ouverte que par la présence des exfoliations ; tant que le pus coula par la plaie, la disposition à une éruption ortiée parut assoupie, mais elle reparut aussitôt après la cicatrisation. Le gonflement, qui s'était formé autour de la fracture, paraissait solide et portait tous les caractéres du cal. Le retour de la force et de la fermeté dans le bras, nous donnaient à MM. Brodie, Green et à moi-même, l'espérance d'un succès durable. Au commencement d'Octobre, je fis construire un appareil destiné à affermir et à supporter le bras, et j'en fis l'application avant le départ du malade ; à cette époque le membre paroissait se fléchir un peu, dans une seule direction du côté de la plaie. Je recommandai au malade les mesures de prudence, et de continuer à porter son appareil pendant quelque temps. J'ai eu dans la suite le chagrin d'apprendre de lui-même qu'il conserva son appareil jusqu'à Noël, mais qu'en le quittant, il s'aperçut que le cal

avait été absorbé, et que le bras était tout aussi faible et inutile que précédemment.

En réfléchissant sur ce cas malheureux, je me suis adressé la question suivante. Le défaut de consolidation dépend-il d'une constitution particulière de l'individu, déterminée par des causes qui sont hors de la portée des secours médicaux ? Toutes les circonstances de la maladie semblent favoriser cette opinion. D'abord, quoique les extrémités fracturées ne fussent pas en rapport de contact exact, et qu'une petite esquille les séparât, l'espace qui se trouvait entr'elles n'était pas suffisant pour empêcher la réunion, chez une personne bien portante, d'autant que la portion d'os interposée n'était pas privée de vie. Ensuite, quoique la santé ne fut pas bonne, cependant les blessures auxquelles le malade avait été exposé accidentellement, ou pendant les opérations qu'il eut à supporter, se cicatrisèrent sans peine, ce qui prouve que l'action vitale avait toute l'activité nécessaire, comme cela était d'ailleurs suffisamment démontré, par l'état du pouls, par l'âge du malade et par la manière dont il pouvait supporter la fatigue. Ce ne sera que dans des cas analogues, qu'il sera possible de déterminer l'influence qu'a

dû avoir sur l'ossification, l'état de la peau et des organes digestifs ; je ferai encore une autre question qui mérite quelque attention. N'aurait-il pas convenu de renoncer plus tôt à la machine qui servait à donner un appui au bras? ou pour employer le langage de HUNTER, le stimulus de la nécessité, n'aurait-il pas augmenté l'activité de l'ossification, qui ne pouvait s'exercer pendant tout le temps qu'on fit usage d'un support artificiel? On ne peut répondre à cette question d'une manière positive ; mais je rapporterai un cas, qui semble donner du poids à cette opinion.

Un cavalier fut violemment jeté à terre par son cheval, qui glissa en allant le grand trot. La jambe, s'étant trouvée sous le cheval, fut violemment contuse, et les deux os en furent fracturés. La fracture du tibia était très-oblique, ayant une étendue de deux pouces et demi ; il s'en fallait de peu que la peau ne fût percée par l'extrémité tranchante du fragment supérieur ; l'échymose était considérable ; au troisième jour, il se manifesta des phlictènes nombreuses, sur toute la jambe, de manière à faire craindre le sphacèle. On évita soigneusement tout ce qui aurait pu favoriser la rupture des vessies, et il n'y eut ni ulcère, ni es-

carre. Au bout de cinq semaines, le membre paraissait assez fort, cependant on pouvait encore apercevoir distinctement un intervalle de deux lignes de largeur, le long du bord antérieur de la fracture ; cet intervalle paraissait rempli de sang fluide, dont la fluctuation se faisait sentir en bas, en frappant légèrement avec le doigt la partie supérieure de cette lacune. On ne pouvait savoir quelle était la profondeur de cet épanchement ; j'interdis toute espèce de pression sur cette partie, mais je permis au malade de se mouvoir dans son lit ; n'ayant trouvé aucun changement à la fin de la neuvième semaine, je lui mis un appareil de carton autour de la jambe, et je l'engageai à se promener aidé de béquilles. Peu de temps après, le fluide fut absorbé, et la consolidation osseuse devint solide.

Avant d'être instruit des suites fâcheuses de l'accident de M. C..., et dans le moment où je me flattais de sa terminaison heureuse, j'eus l'occasion de faire un nouvel essai de l'opération ; je rapporterai les circonstances concomitantes.

Marie Parker avait vécu en grande intimité, pendant cinq ans, avec un homme, qui, durant tout ce temps, avait été tourmenté d'une

maladie des os, que l'on regardait comme une suite de syphilis, et pour le traitement de laquelle feu sir C. Blike lui administra une grande quantité de mercure, à l'hôpital St.-Barthélemy, où il finit ses jours, ayant perdu les os palatins, et les os propres du nez. Pendant cette cohabitation, elle mit au monde un enfant qui mourut à l'âge de seize mois, atteint d'une affection des os du bras. Peu après la mort de son enfant, Marie Barker eut une maladie du péricrâne; il se forma un abcès entre l'œil droit et le plancher de l'orbite; environ à cette même époque, la clavicule et l'humérus du côté droit furent aussi atteints de douleurs très-vives. Cependant elle n'avait point eu auparavant d'affection syphilitique primitive. Sir C. Blike trouva convenable de lui administrer un traitement mercuriel, et il l'envoya ensuite aux bains de mer. En 1811, pendant qu'elle était à Brighton, pour se rétablir des effets de la salivation, son humérus se fractura, trois pouces au-dessus du coude, au moment où elle voulait lever une théière. La douleur causée par cet accident fut légère, et quoique la malade eût été fort bien soignée par un chirurgien de Brighton, la consolidation de l'os ne se fit point. Sir C. Blike eut l'occasion

de la voir à cette époque. Depuis, la santé de cette femme déclina sensiblement, les os des autres extrémités s'altérèrent aussi; elle fut de nouveau soumise à divers traitemens mercuriels, soit chez elle, soit dans les hôpitaux de Middlesex et de St.-Barthélemy, mais elle n'en retira aucun soulagement à ses souffrances. En Septembre 1820, elle s'adressa à moi; tous les os cylindriques du corps étaient alors malades, chargés d'un dépôt de matière osseuse, avec inflammation et ramollissement du périoste. La santé générale était déplorable, elle avait été détruite par la violence des douleurs, qui ne permettaient pas à la malade de jouir d'aucun repos pendant la nuit. Le bras fracturé était moins tuméfié, et moins douloureux que les autres parties, et la fracture était tout-à-fait mobile, par suite de l'usage qu'elle avait fait de son bras, en travaillant à l'aiguille. Il se courbait presque à angle droit lorsque le corps se contractait, et quelquefois elle souffrait beaucoup de la compression du nerf cubital. On lui prescrivit une forte décoction de salsepareille, avec de très-petites doses d'oxymuriate de mercure; on ouvrit un cautère à la jambe, qui lui procura un tel soulagement, qu'elle voulut absolument s'en faire établir à

la cuisse et au bras, et qu'elle s'en trouva très-bien. En suivant ce traitement, et en assujettissant la malade à une diète sévère, sa santé se rétablit graduellement.

Les douleurs ostéocopes, la tuméfaction du périoste se dissipèrent, et l'embonpoint reparut : après avoir suivi ce traitement pendant neuf mois, elle sortit de l'hôpital en Mai 1821, jouissant d'une santé meilleure que depuis plusieurs années. Deux mois après, elle fut atteinte d'une pleurésie intense, pour laquelle il fallut lui tirer beaucoup de sang ; cette maladie ne changea rien à l'ancienne affection des os dont elle était guérie ; ayant eu depuis l'occasion de la voir plusieurs fois, j'ai pu m'assurer qu'il n'y avait point eu de rechûte, et que la santé était très-bonne. Aussi était-elle très-désireuse de récupérer l'usage du bras ; toute action morbide paraissant avoir cessé, je crus devoir la soumettre à une opération semblable à celle que j'ai détaillée, quoique je n'eusse pas de grandes espérances de succès. En incisant la partie externe du bras, je trouvai la portion supérieure de l'humérus remarquablement petite, il y avait un intervalle considérable entre les deux fragmens ; la surface de l'inférieur rapprochée de l'articulation était

beaucoup plus large, et ne correspondait nullement avec celle du supérieur. Il me parut que l'os avait été obsorbé dans une étendue de plus d'un pouce. La profondeur de la plaie était notable, en raison de l'embonpoint de la malade. La proximité de parties importantes à menager nécessita de grandes précautions pendant l'opération, on enleva la substance intermédiaire formée entre les deux os, et leurs deux surfaces furent ratissées avec un bistouri très-fort, ensuite on appliqua la potasse caustique aussi largement qu'on put le faire, sans atteindre les parties voisines; les surfaces osseuses paraissaient détruites, et étaient noires. Le membre reprit de la rectitude après l'opération, et dès le lendemain l'extension fut portée jusqu'à donner au bras sa longueur naturelle. Je fixai le bras et l'avant bras au corps au moyen d'attèlles, dont l'une mobile, pouvoit s'ouvrir sur le côté, en regard de la plaie, de manière à permettre les pansemens sans mouvoir le bras. La douleur fut presque nulle après l'opération, et la santé n'en fut nullement troublée. Les granulations se développèrent convenablement, la plaie se cicatrisa sans qu'on vît paraître aucune exfoliation. Le bras demeura dix semaines dans cette position,

mais au bout de ce terme, on se convainquit qu'il ne s'était fait aucun travail de consolidation; il n'y avait aucun gonflement, aucun dépôt de matière osseuse entre les fragmens, et le bras conservait autant de mobilité qu'avant l'opération.

J'étais d'abord disposé à croire que le non-succès de ce cas dépendait, en partie, du grand intervalle qui se trouvait entre les os, et que s'ils eussent été maintenus plus rapprochés, le résultat de l'opération eut été plus favorable; mais en y réfléchissant bien, j'ai lieu d'en douter, puisqu'il ne s'est pas fait le moindre travail de réparation.

L'opération dont il vient d'être parlé n'a, je crois, point été communiquée au public; quoique dans les cas où elle a été faite, elle n'ait pas été suivie de succès, je ne pense pas qu'on doive le lui attribuer, et que l'on doive renoncer à l'adopter dans d'autres circonstances.

Chez les deux malades qui y ont été soumis, différentes circonstances, relatives à la constitution, suffisent pour expliquer la non-réussite; chez l'un, le séton fut essayé sans succès, mais la seconde opération réussit momentanément; dans aucun de ces cas, l'opération

n'a altéré la santé générale, et elle n'a point été aussi douloureuse que les malades le supposaient, puisque le séton, chez l'un d'eux, a paru plus pénible à supporter que l'application de la potasse caustique.

MALADIES
DE LA GLANDE LACRYMALE,

Par Charles H. Tood, ancien chirurgien de l'hôpital chirurgical de Richmond, Professeur d'anatomie et de chirurgie au Collège Royal des Chirurgiens en Irlande.

Extrait du 3.e vol. des rapports de l'hôpital de Dublin.

TRADUIT DE L'ANGLAIS,

par Ch. Th. Maunoir, Doct.-Chirurg. Prof.

Les maladies de la glande lacrymale ne sont pas aussi fréquentes que devrait le faire supposer la considération de la structure et des fonctions de cette glande, et la connaissance de l'influence inexplicable, que les différentes affections du corps, et les émotions de l'âme, exercent sur cet organe.

Ce degré de susceptibilité, par lequel les fonctions de cette glande sont plus ou moins exaltées, dépend de causes qui sont obscures, en grande partie; il est particulier à cette glande, et il varie selon l'âge, le sexe, et le tempérament. Aussi a-t-on considéré comme un phénomène extraordinaire, qu'un organe, dont la structure est, en apparence, aussi délicate que celle des glandes de la même classe, qui a des relations directes de communication nerveuse avec d'autres sens, qui est doué de sympathies très-étendues, soit moins sujet aux affections morbides, que des organes de structure semblable, qui, si on les compare, sont isolés par rapport à leurs connexions sensitives, et qui ne sont point soumis à l'influence des stimulus de l'âme.

On ne peut nier l'exactitude de cette observation. Cependant, ayant vu plusieurs cas de maladies de cette glande, je suis porté à croire, qu'elles ont lieu plus fréquemment qu'on ne l'a soupçonné. C'est le résultat de mon expérience sur ce sujet, que je vais présenter dans cet opuscule.

Inflammation aigüe.

La glande lacrymale est sujette à l'inflammation aigüe ; quelquefois celle-ci est idiopathique, mais dans la plupart des cas que j'ai observés, l'inflammation s'est développée à la suite de celle de la conjonctive, ou de quelqu'autre forme d'ophthalmie. J'ai vu l'inflammation de cette glande, accompagner la psorophthalmie des nouveau-nés, lorsque cette maladie étoit intense, ou aggravée par négligence, ou par l'usage inconsidéré des applications stimulantes ou astringentes. Il est même probable que, dans quelques cas, l'inflammation de cette glande dans les ophthalmies ordinaires, précède ou produit les symptômes, qu'on attribue généralement à l'inflammation de l'œil seul.

Les malades, atteints d'ophthalmie, conviennent souvent que les premiers symptômes de leur affection se sont déclarés par une violente douleur au front et à la tempe, par un écoulement abondant de sérosité, et par un sentiment de plénitude dans la paupière supérieure ; que ces symptômes ont bientôt été

suivis par l'impossibilité de soutenir la lumière, et par l'inflammation du globe de l'œil.

Dans d'autres cas, la douleur de l'orbite, la sécrétion plus abondante des larmes, la sensibilité morbide de l'œil, ont duré pendant plusieurs jours, sans grande inflammation aux membranes superficielles, ce qui semble donner à la maladie quelques-uns des caractères d'une ophthalmie profondément située.

Les symptômes de l'inflammation aigüe de la glande lacrymale sont une douleur intense dans l'orbite, particulièrement sous l'extrémité temporale du sourcil; cette douleur s'étend jusqu'à la tempe et aux joues, en arrière dans l'orbite, et même jusqu'au crâne; les larmes sont supprimées, ou bien leur sécrétion est fort augmentée, mais le dernier cas est le plus fréquent; alors le malade se plaint de leur chaleur, et de leur âcreté; au bout de quelques jours, les paupières et les joues s'excorient dans une certaine étendue, les paupières, mais surtout la supérieure, se tuméfient, sont rouges et tendues, l'inflammation s'étend jusqu'à la conjonctive, et aux autres membranes de l'œil, l'ophthalmie prend alors une forme fâcheuse, et opiniâtre. Il arrive cependant plus fréquemment que l'inflammation commence par la

conjonctive, et que de là elle passe à la glande.

Lorsque l'inflammation de cette glande est portée au plus haut degré, on remarque une fièvre symptomatique très-forte, le malade perd le sommeil, la face est rouge, surtout du côté affecté; des douleurs aigües se font sentir dans toute la tête et l'orbite, elles sont quelquefois accompagnées de délire, de strabisme, d'altération dans la vue, et d'une saillie du globe proportionnée à l'étendue du gonflement.

Les remèdes sur lesquels on doit le plus compter, dans le traitement de cette affection, sont la saignée générale, l'application des sangsues sur les surfaces voisines, l'évacuation du sang par les ventouses au front, et à la tempe, les fomentations chaudes, les purgatifs mercuriaux, salins et antimoniaux. Mais si l'inflammation s'étend jusque dans l'intérieur du crâne, ce que l'on connaîtra par le délire, et un violent mal de tête, on aura recours aux moyens qu'on emploie avec succès dans les cas de frénésie, qui dépendent de toute autre cause.

Inflammation chronique.

L'inflammation chronique de la glande lacrymale est une maladie qui n'atteint presque que les enfans ; elle dépend probablement d'une indisposition scrofuleuse. La glande est fortement tuméfiée, la paupière supérieure offre une enflure œdémateuse occasionnelle ; le malade se plaint rarement de douleurs, mais il éprouve, en général, une sensation pénible de plénitude, au-dessus du globe de l'œil, une difficulté à le mouvoir aussi facilement que celui du côté opposé, cette disposition produit le strabisme, une vision double ou peu distincte. Lorsque la tumeur est grosse, ce qui arrive rarement, l'œil est projeté.

Les personnes atteintes d'inflammation chronique à la glande lacrymale, sont exposées à des attaques d'ophthalmie scrophuleuse ou pustulaire. J'ai eu dernièrement à soigner cette forme d'ulcère de la cornée, à la quelle M. TRAVERS a donné le nom *d'ulcère chronique des interstices des lames de la cornée*, dépendant en apparence de l'inflammation chronique de la glande lacrymale, ou d'un état morbide de la sécrétion de cet organe.

Dans cette maladie, ce qui réussit le mieux, c'est l'application de quelques sang-sues dans le voisinage de la glande, lorsque l'affection est récente, et une succession de petits vésicatoires au front, à la tempe, et derrière l'oreille; ce sont de petites doses de calomel, de pilules bleues, ou de quelqu'autre préparation mercurielle douce, et occasionnellement des purgatifs salins, et autres laxatifs indiqués, lorsqu'il y a dérangement des fonctions digestives. Les applications locales sont inutiles, à moins que la conjonctive ou les paupières ne soient enflammées, ou qu'il n'y ait quelque ulcère à la cornée, dans ce cas même, l'avantage qu'on en retire est bien faible, et de peu de durée, à moins qu'on ne réussisse à rétablir la glande dans un état parfait de santé.

Indépendamment de l'inflammation chronique de la glande lacrymale, dont la nature spécifique est toujours douteuse, cet organe est sujet à un développement, dont la nature scrofuleuse est plus évidente encore; il est alors caractérisé par des progrès lents, quoique dans quelques cas, la tuméfaction devienne considérable, par l'absence de la douleur, et par une tumeur, dont la surface est plus ou moins lobu-

lée, par la constitution et l'âge du malade; dans quelques cas, cette affection, après un certain période, est stationnaire pendant quelques mois, pendant des années, tandis que dans d'autres, la tumeur prend la forme d'inflammation suppurative, particulière aux glandes scrofuleuses, alors la maladie se prolonge, et devient douloureuse.

Il y a plus de deux ans que je fus consulté pour une jeune demoiselle, âgée de treize ans, scrofuleuse, atteinte d'une tumeur entre le globe de l'œil droit, et l'extrémité temporale du sourcil; elle dépassait alors un peu le bord de l'orbite; quoiqu'elle ne fut pas douloureuse, cependant lorsqu'on la touchait, il se faisait un écoulement abondant et immédiat de larmes. L'exposition au froid déterminait régulièrement une attaque d'inflammation pustuleuse à la conjonctive, qui durait huit ou dix jours, avec des accidens graves. Les remèdes énoncés ci-dessus, l'air de la campagne, les bains d'eau douce, pendant l'été, dissipèrent toutes les traces de la tumeur, les attaques d'ophthalmie devinrent moins fréquentes, moins fortes que précédemment; on doit observer que la glande lacrymale gauche était dans un état sain, et qu'il n'y eut jamais d'ophthalmie de ce côté.

Un enfant robuste, âgé de six ans, d'une complexion fleurie, ayant les cheveux clairs, fut envoyé à Dublin, au mois de Juin 1809, atteint d'une ophthalmie scrofuleuse, accompagnée d'une grande irritation sur les deux yeux; au bout de quelques jours, les symptômes locaux se calmèrent, par l'effet de la saignée locale, des fomentations tièdes, de petites doses de rhubarbe et de calomel, et en introduisant quelquefois une goutte de solution de nitrate d'argent entre les paupières. Cependant le gonflement des paupières supérieures persistait, et le malade était dans l'impossibilité d'élever les paupières assez, pour exposer entièrement la cornée transparente, lorsqu'il regardait en avant. L'application du doigt sur la région de la glande lacrymale causait de la douleur, et les yeux se remplissaient à l'instant de larmes.

On traita le malade par une succession de petits vesicatoires derrière les oreilles, et au front, en administrant tous les soirs trois grains de mercure, avec de la craye, et une dose d'apéritif amer, tous les matins, pendant environ quinze jours. Alors on eut recours aux bains de mer, que l'on continua pendant trois mois; pendant ce traitement le gonflement

cessa, les attaques d'ophthalmie devinrent moins fréquentes, et moins fortes ; il n'y en eut qu'une l'année suivante, l'inflammation fut alors produite par une exposition à un vent frais, pendant trois heures, dans une voiture ouverte.

Abcès.

Les abcès de la glande lacrymale s'observent fréquemment après qu'elle a été atteinte d'inflammation aigüe. Alors la suppuration marche rapidement, et elle est accompagnée de beaucoup de tension et de douleur. A mesure que le pus se forme et se rassemble, la tumeur devient saillante, la paupière prend une couleur rouge brillante, enfin la fluctuation est évidente.

Le peu de résistance qu'opposent les parties contenues dans l'orbite, l'extension de l'abcès de la glande dans la partie postérieure de cette cavité, le voisinage du pus vers l'apophyse orbitaire du frontal, l'extrême délicatesse, et les connexions importantes de cette portion de l'os, sont sans doute, des considérations suffisantes, pour faire de bonne heure l'ouverture de ces abcès, et donner issue au pus.

On a conseillé d'ouvrir l'abcès de la glande lacrymale, en faisant une piqûre, ou une petite incision avec un bistouri étroit et recourbé, porté sous la paupière supérieure, jusque dans le kiste. Cette méthode a, sans doute, été recommandée dans le but de prévenir la difformité, que pourrait occasionner une ouverture extérieure; mais on trouvera que cette opération n'est pas toujours praticable et efficace. Lorsque l'abcès est considérable, la paupière supérieure est tellement tendue, et le tarse est tellement serré contre le globe de l'œil, qui fait saillie, que l'on ne peut, avec sécurité, introduire sous la paupière une lancette ou un bistouri. Le relachement de cette portion de conjonctive, que l'on doit piquer, est aussi une objection contre ce procédé ; car lorsque l'abcès a été vidé en partie, la position relative de l'ouverture de la conjonctive et du kiste, peut être changée, de manière à empêcher l'évacuation complète de la matière purulente, et dans ce cas, si l'on tente la compression, le pus pénétrera de force dans les cellules du repli de la conjonctive ; et en supposant que le pus s'évacuât aisément, il pourrait résulter de son passage fréquent sur le

globe de l'œil, une irritation, et une inflammation considérable.

Il est bien peu de chirurgiens qui n'ayent fréquemment ouvert des abcès à la paupière supérieure, par une incision ou une piqûre extérieure, sans qu'il en soit résulté de difformité. J'ai même remarqué que, lorsque après cette opération, il reste une grande cicatrice, on peut, en général, l'attribuer à ce que l'ouverture de l'abcès a été différée, jusqu'au moment où les tégumens sont affectés, et prêts de tomber en escarres. Il est à peine nécessaire de dire, qu'en faisant l'ouverture de ces abcès de la glande lacrymale, on doit donner à l'incision une direction parallèle au bord supérieur de l'orbite; on ne coupera ainsi qu'un très-petit nombre des fibres de l'orbiculaire des paupières, et la cicatrice, se trouvant dans le sens des plis de la paupière, sera cachée.

Lorsque l'ouverture de l'abcès a été trop longtemps renvoyée, ou lorsqu'elle s'est faite spontanément, l'orifice dégénère quelquefois en fistule, d'où il sort un fluide clair, appartenant, sans doute, à la sécrétion de la glande. On la traitera, en détruisant les bords calleux, avec le nitrate d'argent, ou quelque autre esca-

rotique actif. Lorsque l'abcès succède à une inflammation chronique de la glande, les progrès en sont lents, et le caractère en est presque toujours scrofuleux. Ces abcès doivent, en thèse générale, être abandonnés à eux-mêmes, mais s'ils acquièrent un développement qui menace la santé, ou qui nuise aux fonctions des parties voisines, si la peau des paupières se tend, s'amincit, si elle prend une couleur livide, je crois qu'il est plus prudent de favoriser la sortie du pus, par une petite incision. Il est vrai que l'ulcère qui en résultera sera long à guérir, mais il ne le sera pas plus, que si l'abcès s'était rompu lui-même, et la cicatrice en sera moins apparente.

Squirrhe.

Il n'est pas de maladie plus fâcheuse, pour la glande lacrymale, que le squirrhe ou le carcinome. On a généralement regardé cette affection comme dépendante du cancer de l'œil, et d'après cela peu d'auteurs l'ont considéré comme une affection primitive. Cependant, Wamer déclare avoir vu la glande lacrymale tellement développée et altérée dans sa tex-

ture naturelle, qu'elle a nécessité l'extirpation. L'état squirrheux de la glande peut exister comme une maladie distincte, c'est un fait important que confirme l'observation suivante.

Jane Worthington, âgée de soixante-et-dix ans, fut admise à l'hôpital chirurgical de Richmond, le 26 Août 1821. La glande lacrymale formait chez elle une tumeur irrégulière, étendue, placée à la partie supérieure de l'orbite, et faisant une saillie de plus d'un demi pouce en dehors de l'arcade sourcilière. Elle était recouverte par la paupière supérieure, à travers laquelle on apercevait les éminences tuberculeuses dont elle était formée. La tumeur était dure, légèrement mobile transversalement. Quelques-unes des personnes qui l'ont examinée, pensaient qu'elle adhérait à la voûte de l'orbite.

Le globe de l'œil n'était pas développé, mais il était chassé en dehors par la tumeur, et tellement bas, que la cornée transparente était presque sur la même ligne que le bord de l'aile du nez. La paupière inférieure était renversée, et paraissait entraînée en bas par le globe; il y avait un chémosis et une turgescence considérable des vaisseaux superficiels de l'œil.

La transparence de la cornée n'était que lé-

gérement obscurcie, et quoique la vision fût détruite par la pression de la tumeur, et l'extension du nerf optique, cependant il n'y avait aucune maladie apparente de l'intérieur du globe. Les douleurs étaient intenses, lancinantes, s'étendaient de la tumeur à l'œil, avec sensation de chaleur, et écoulement de larmes brulantes.

Les douleurs étant plus intenses la nuit, la malade ne goutait aucun sommeil, malgré cela la santé générale n'était point altérée, et l'apétit se maintenait bon.

La malade rapporta cette affection à un coup qu'elle avait reçu, il y avait environ sept ans; depuis ce moment elle avait été sujette à un larmoiement abondant, mais elle n'avait éprouvé aucun autre inconvénient jusqu'à l'an passé, époque à laquelle la tumeur s'était projetée sous l'extrémité temporale du sourcil. Dans les premiers temps elle n'avait éprouvé aucune douleur, aucun mal de tête, mais depuis, et à mesure que la tumeur avait fait des progrès, les accidens avaient tellement augmenté, qu'elle était très-impatiente de se soumettre à une opération qui lui présentât quelque espérance de soulagement.

Le 29 Août, à la suite d'une consultation

avec M. Carmichael, on décida de faire la tentative de l'extirpation de la glande seule, et dans le cas où on la trouverait impossible, soit par les attaches, soit par la situation trop profonde de cet organe, on résolut d'enlever toutes les parties contenues dans l'orbite. L'intensité des douleurs, la nature probable de la maladie, et l'inutilité de l'œil, semblaient rendre cette alternative d'une nécessité absolue.

Le 30 Août, l'opération fut faite de la manière suivante : La malade couchée sur une table, la tête un peu élevée, et soutenue par des aides, je fis une incision transversale aux tégumens, et parallèle au bord supérieur de l'orbite, d'une extrêmité à l'autre de la tumeur, et après avoir coupé l'orbiculaire des paupières, et le ligament du tarse, je disséquai attentivement la surface antérieure de la tumeur. La glande se trouvait profondément engagée dans l'orbite, et ce ne fut pas sans peine que le manche du scalpel fut introduit entre elle et le bord surciliaire, pour détacher la glande de l'apophise orbitaire du frontal. La surface de la glande, du côté de l'œil, présentait des lobes irréguliers, qui s'étaient insinués entre les muscles et les autres parties contenues dans l'orbite, de manière à en rendre la séparation

très-difficile et dangereuse; cependant, en déchirant avec précaution les attaches celluleuses avec le doigt, le manche du scalpel et l'extrémité mousse d'une sonde, en coupant sur le doigt, avec un bistouri boutonné, les adhérences membraneuses, qu'on ne pouvait pas rompre aisément, je réussis en quelques minutes à extraire la tumeur toute entière. Il fut impossible de découvrir dans l'orbite quelqu'autre partie malade; comme il n'y avait pas d'hémorrhagie, on ramena doucement le globe de l'œil dans sa situation naturelle, la plaie fut pansée, et le tout fut contenu au moyen d'une compresse et d'une bande; puis on mit la malade au lit, en lui recommandant le plus parfait repos.

En examinant la glande, on la trouva plus grosse qu'une noix; elle présentait, à la face tournée vers l'œil, plusieurs éminences, ou lobes, qui étaient séparés par des interstices profonds; elle était presque aussi dure et élastique qu'un cartilage. La section de cette glande mit à découvert plusieurs petits kistes, contenant un fluide glaireux, les interstices étaient remplis par une substance graisseuse, traversée par quelques bandes membraneuses.

Deux heures après l'opération, il survint une

hémorrhagie allarmante ; ce ne fut qu'avec beaucoup de peine que M. BENSON put s'en rendre maître avec le doigt, à cause de la situation profonde dans l'orbite du vaisseau ouvert, et de l'extravasion du sang dans le tissu cellulaire. Il fallut introduire des tampons de charpie dans la plaie, l'hémorrhagie cessa alors, la malade dormit tranquillement pendant la nuit, et goûta, pour la première fois, un repos, dont elle n'avait pas joui depuis plusieurs semaines.

Le lendemain de l'opération, l'œil et les parties environnantes avaient un aspect décourageant ; le globe, refoulé par de grands caillots, qui avaient remplacé la tumeur, faisait une saillie aussi grande qu'avant l'opération ; les paupières étaient atteintes d'une échymose très-étendue ; leur lividité, et l'absence de toute chaleur, faisaient craindre que ces parties ne fussent bientôt atteintes de gangrène. Le tissu cellulaire de la conjonctive était distendu par du sang coagulé, dans toutes les parties où il était susceptible de développement. Cependant malgré tout ce désordre, la malade était beaucoup moins souffrante qu'avant l'opération. Elle n'éprouvait aucune douleur ai-

güe, et l'état inflammatoire n'avait pas agi d'une manière sensible sur la constitution.

Au bout de quelques jours, le sang coagulé, contenu dans l'orbite, commença à se dissoudre, et la suppuration s'établit bientôt après. Dès lors le globe de l'œil se replaça lentement dans sa situation naturelle; la conjonctive et la peau des paupières reprirent une apparence de santé.

Dès le douzième jour, l'œil se trouvait dans une position beaucoup meilleure, mais on ne put prévenir le renversement de la paupière inférieure, à cause du gonflement de la conjonctive, qui s'interposait entre elle et le globe de l'œil. Le nitrate d'argent fut inutile pour en diminuer l'étendue; il fallut avoir recours à l'excision, après laquelle la paupière reprit sa place naturelle, et le renversement cessa complètement.

Depuis ce moment, le rétablissement de la malade se fit sans interruption, elle put quitter l'hôpital, le 10 Septembre, sans qu'il y eut aucune apparence de récidive de la maladie; quoique l'œil parût sain, et que sa position fût presque naturelle, la vue était totalement détruite. J'eus dans la suite des nouvelles de cette malade, par M. Wright, qui eut la bonté de

lui faire une visite ; à cette époque, l'œil du côté opéré paraissait un peu plus gros que l'autre, l'iris était contracté de manière à oblitérer presqu'entièrement la pupille ; la vision était absolument détruite, la paupière inférieure était dans la situation naturelle, et la cicatrice de la paupière supérieure était à peine visible. D'ailleurs, la malade n'avait éprouvé aucune douleur depuis sa sortie de l'hôpital, et la difformité de l'œil était peu sensible.

Quoiqu'on ait été fréquemment appelé à extirper des tumeurs considérables de l'orbite, qui avaient produit l'exophthalmie, et la perte de la vue, cependant l'extirpation de la glande lacrymale est une opération rare. On en fait à peine mention dans quelques-uns de nos meilleurs traités de chirurgie. M. Wamer rapporte avoir fait cette opération avec succès. M. Travers, dans un de ses derniers mémoires, annonce qu'il a extirpé une glande lacrymale, dont le volume était considérable, et dont la dureté était celle d'un véritable squirrhe. Chez ce malade, la vision avait souffert beaucoup pendant les progrès de la tumeur, mais d'ailleurs il se trouva fort bien plusieurs années après l'opération. Richerand cite le cas suivant : Guérin dit avoir fait l'extirpation

d'une glande lacrymale squirrheuse, et tellement gonflée, que le globe de l'œil en était entièrement recouvert ; on ne l'apercevait nullement, et l'on aurait pu le croire confondu avec la tumeur, si les phénomènes de la maladie n'avaient appris qu'il devait se trouver sain derrière elle. GUÉRIN sépara la tumeur de l'œil et des paupières, et la disséqua avec tant d'adresse, que le muscle droit externe ne fut pas même entamé. Cette opération est peut-être l'unique dans son genre. D'autres écrivains du continent font allusion à l'opération de GUÉRIN, et parlent en termes analogues à ceux de RICHERAND, mais WELLER dit, qu'il n'y a aucune guérison à espérer du squirrhe de la glande lacrymale. BUR rejette l'extirpation de cette glande.

Mon ami M. O'BEIRNE, l'un des chirurgiens de l'infirmerie de Charité, Jerwis-street, m'a communiqué l'observation suivante, par laquelle je termine ce mémoire.

Thomas Cooke de Longford, âgé de trente-deux ans, d'une force athlétique, fut reçu à l'infirmerie, le 21 Décembre 1820, atteint de difformité, et de trouble dans la vision de l'œil droit. Le globe dépassait d'un demi diamètre l'œil gauche ; il était cependant presqu'entiè-

rement couvert par la paupière supérieure, dont les mouvemens étaient presque anéantis, comme si elle eut été paralysée. La pupille était dilatée, et insensible à la lumière, la cornée transparente était dirigée vers le nez, et les points lacrymaux étaient béants.

La portion supérieure et externe de l'orbite était occupée par la tumeur, dont on ne pouvait tracer exactement toute l'étendue, c'est à son développement qu'on attribuait la saillie de l'œil, et le trouble de la vision, etc. Il y avait beaucoup de douleur au côté droit de la tête, et de la face; l'impression de l'air froid, ou de la poussière, donnait lieu à de l'irritation, et à un grand larmoyement; tous les objets paraissaient doubles; lorsqu'il se promenait, ou lorsqu'il cherchait à atteindre quelque objet, le pied ou la main ne pouvait arriver au but qu'il se proposait, ensorte qu'il ne pouvait pas même faire le métier de laboureur. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, il s'était aperçu, pour la première fois, d'étincelles, et par fois de brouillards, avec une douleur aigüe, intermittente vers ce côté de la tête et de la face; ce ne fut qu'un an après qu'on pût observer une légère saillie, et un déplacement du globe de

l'œil ; mais alors les symptômes devinrent graduellement plus fâcheux.

Le 23 Décembre 1820, il fut décidé dans une consultation, qu'on extirperait la tumeur, mais on ne se doutait pas à cette époque, que la glande lacrymale fût le siège du mal.

On fit d'abord une incision aux tégumens de la paupière supérieure, passant de l'angle interne à l'externe. Après avoir divisé les fibres de l'orbiculaire, on retrancha quelques portions de substance adipeuse. Je pus alors introduire le doigt dans la plaie, et reconnaître que la maladie avait son siège dans la glande lacrymale, qui s'était développée et durcie. La surface antérieure de la tumeur fut disséquée, et je pus emporter celle-ci, après l'avoir détachée avec précaution, en me servant de l'ongle du petit doigt, car il y aurait eu du danger à porter l'instrument tranchant dans le fond de l'orbite.

La glande présentait des granulations, elle était de couleur brune ; son tissu était membraneux, et cartilagineux, surtout dans le centre, d'où partaient des cloisons membraneuses, qui arrivaient jusqu'à la circonférence; il n'y avait aucune sanie. La glande avait au moins six fois sa grandeur naturelle.

La glande enlevée, la pupille reprit sur-le-champ son pouvoir contractile, et le globe revint à-peu-près à sa position naturelle; la vision fut un peu meilleure, mais le rétablissement n'en fut pas complet; il n'y eut presque pas de sang, la plaie fut pansée simplement. A l'exception d'un léger érysipèle au cuir chevelu, qui céda aux remèdes ordinaires, le rétablissement se fit sans interruption, et la plaie fut complètement cicatrisée, quatorze jours après l'opération. La vue était bonne, il n'était survenu aucune douleur, aucune incommodité dépendante de l'opération; celles qui existaient précédemment avaient disparu, et l'œil avait repris sa situation naturelle. La paupière supérieure conservait un relachement suffisant pour cacher une grande partie de la cornée; cette indisposition cessa lorsqu'on eut passé sur la cicatrice un pinceau trempé dans un mélange d'une partie d'acide sulfurique, sur trois parties d'eau. Au bout de quelques jours, l'escarre produite tomba, et la cicatrisation de l'ulcère détermina la contraction de la paupière. Après quoi le malade quitta l'hôpital complètement guéri, et sans éprouver aucun inconvénient de la perte de la glande lacrymale.

NOTICE

Sur la découverte de deux nerfs de l'œil humain, par le Doct. Joseph TRASMONDI, *Prof. d'Anatomie pratique, à Rome.*

TRADUIT DE L'ITALIEN,

par Ch. G. PESCHIER, Doct.-Chirurgien.

J'AI été porté à vérifier l'existence, et la forme du muscle *lacrymal*, decouvert par le docteur HERMER de Philadelphie, par une annonce que j'ai lue dans *l'Observateur Médical* de Naples; et en le cherchant, je n'ai pas tardé à découvrir deux nerfs qui s'y rendent; j'en donne ici la description, avec quelques idées sur les fonctions du muscle, sur son état pathologique, sur les moyens que la chirurgie peut employer contre les maladies qui lui sont propres, et sur le procédé de dissection convenable pour le trouver, ainsi que les nerfs qui s'y rendent.

Avant d'entrer en matière, il convient de faire remarquer que RICHTER, en parlant de la fistule lacrymale, avait entrevu le besoin qu'avaient les voies lacrymales de fibres musculaires, pour absorber les larmes, et les faire passer dans le nez.

« Les points lacrymaux, avait-il dit, ont, « sans contre dit, la propriété de se contracter « et de se fermer..... On voit clairement que « les points et les conduits lacrymaux se re- « tirent et s'accourcissent, lorsque les pau- « pières se ferment ; ce qu'ils ne peuvent « exécuter *sans fibres musculaires.* »

Il le repète en plusieurs endroits, surtout là où il dit : « Sans force musculaire, le sac lacry- « mal ne peut faire passer dans le nez les « larmes qui s'y sont accumulées ; par consé- « quent, le sac lacrymal est lui-même, sans « aucun doute, pourvu de fibres musculaires. »

Il semblait qu'après s'être autant approché de la vérité, il aurait dû chercher et trouver *ces fibres ;* mais il ne l'a pas fait, et s'est contenté de mettre en avant cette idée, si juste, et si conforme à la cause mécanique des fonctions de ces organes.

L'immortel BICHAT, en traitant des Sécrétions, a pensé de même, quant à la présence

des fibres musculaires, mais il a fait dériver *de l'influence des propriétés vitales*, l'écoulement des larmes, partant du globe de l'œil, jusqu'à la cavité nasale, et il a cru que l'absorption des larmes était singulièrement favorisée par le mouvement continuel, et le rapprochement réitéré des paupières, sans considérer que ce mouvement n'a pas lieu pendant le sommeil, et que l'absorption des larmes se fait néanmoins.

Enfin, le cèlèbre RICHERAND, loin de soupçonner la présence du muscle d'HERMER, en a attribué les facultés *à un orgasme ou une érection vitale*.

Ce muscle est situé à la partie interne de la cavité orbitaire, entre le bord postérieur de l'os unguis, et les points lacrymaux. Il naît d'une ligne aponévrotique, qui adhère à l'os unguis dans une direction verticale, commence à l'angle supérieur du dit os, et se termine inférieurement à quatre lignes de distance. Les fibres musculaires se portent parallèlement en avant, en passant sur la portion correspondante du sac lacrymal. Arrivé au point où se réunissent les conduits lacrymaux, ce muscle se divise en deux portions égales, qui couvrent exactement ces conduits; de manière qu'il

présente un corps et deux extrémités ; le corps a une direction droite d'arrière en avant, et les extrémités sont légèrement courbées pour s'adapter à la situation des conduits lacrymaux ; un tissu cellulaire très-mince l'enveloppe, et en contient toutes les fibres. On peut y considérer deux faces, une externe qui adhère d'une part à l'os unguis, et à une portion du sac lacrymal, et de l'autre aux conduits lacrymaux, l'autre interne, qui est recouverte, au corps, par beaucoup de graisse, et aux extrémités, par la conjonctive (1). A l'angle formé par la division des deux extrémités, se trouve la membrane sémilunaire, et la caroncule lacrymale.

Deux nerfs se portent à ce muscle ; ils proviennent du rameau nasal externe, branche du nerf ophthalmique, portion des trijumeaux.

On sait que ce nerf ophthalmique donne le rameau lacrymal, le frontal, le nasal ; que ce dernier se divise en nasal interne, qui pénètre dans la cavité nasale par le trou orbitaire interne antérieur, et nasal externe, que jusqu'à

---

(1) Ces mots *interne* et *externe* paraissent être, chez l'auteur, relatifs à la cavité orbitaire.

(*Note du Trad.*)

présent on a cru être la seule continuation du rameau nasal, prolongée dans la paroi interne de l'orbite. Mais à six lignes environ de distance de sa première division, en nait une seconde, qui forme deux ramifications, lesquelles cheminent dans le tissu cellulaire, l'une au-dessous et l'autre près du muscle grand oblique, et se prolongent jusque sous sa poulie. De ce point, la supérieure, après s'être anastomosée avec un filet du rameau frontal, et après avoir produit toutes les petites ramifications des paupières, du dos du nez, etc., se fléchit, puis avec l'inférieure, qui se fléchit aussi, elle chemine en avant, s'éloigne bientôt de celle-ci, et toutes les deux s'insèrent dans le muscle d'Hermer, auquel elles adhèrent au moyen du tissu cellulaire; elles en parcourent les extrémités jusqu'aux point lacrymaux, de manière que la portion qui a passé sous la poulie, se porte à l'extrémité supérieure, et l'autre à l'inférieure.

Il résulte de ces deux descriptions, qu'on ne saurait être de l'avis du docteur Hermer, sur la fonction qu'il assigne à ce muscle, savoir, de fermer les paupières, et de tourner les points lacrymaux vers le nez; tandis que sa situation, sa figure, ses nerfs, et sa division

en présentent une beaucoup plus intéressante; car étant situé par son corps sur le sac lacrymal, et par ses extrémités sur les conduits lacrymaux, et recevant ses nerfs de l'ophthalmique, il me semble que c'est sur ce sac, et sur ces conduits qu'il exerce son action.

La caroncule lacrymale et la membrane sémilunaire se trouvant placées entre les deux extrémités du muscle, il semble qu'elles soient aussi soumises à son action; en effet, dans les mouvemens de ces deux extrémités, la caroncule est comprimée, ce qui peut favoriser l'excrétion de l'humeur muqueuse que sécrètent ses follicules glanduleux; et la membrane est ou relachée ou tendue, de manière à diminuer ou augmenter le fond du *lac lacrymal*.

La découverte de ces nerfs fournit l'explication de quelques phénomènes de la sécrétion et de l'absorption des larmes. Un même tronc nerveux fournit un rameau à la glande lacrymale, un rameau à la cavité des narines, et deux rameaux au muscle *lacrymal*. Cette disposition assure la communication de ces parties.

Si un stimulus vient accroître la sécrétion de la glande lacrymale, il augmente en même temps l'action du muscle *lacrymal*, de manière

que les points, les conduits, et le sac lacrymal, sont disposés à recevoir une plus grande quantité de fluide, et à le décharger dans le conduit nasal. De même, si un autre stimulus excite l'une des cavités nasales, on voit s'accroître, en même temps, la sécrétion, l'absorption, et le passage des larmes. Ensorte qu'il règne toujours un certain équilibre dans les forces vitales de ces parties, et que lorsqu'il convient qu'une plus grande quantité de larmes baigne l'œil, une quantité plus grande aussi peut en être reçue dans le sac lacrymal, et être conduite dans la cavité des narines ; de cette manière, tant le globe de l'œil que cette cavité même peuvent en être baignés dans le même temps. Mais cet équilibre cesse lorsqu'un stimulus excessif, ou l'action de pleurer, augmente la sécrétion des larmes, au point que les voies ordinaires deviennent insuffisantes pour les recevoir en totalité, c'est alors qu'on les voit passer par dessus la paupière, et se répandre sur la joue.

Il ne reste à expliquer que la raison pour laquelle les larmes, arrivées dans le sac lacrymal, s'y arrêtent quelque temps, avant de passer dans le canal nasal. Les physiologistes ont supposé à celui-ci l'existence d'un sphincter,

auquel ils ont attribué la faculté d'empêcher le passage perpétuel des larmes.

Mais il me semble que ce phénomène est dû à la colonne de l'air, qui s'introduit continuellement dans ce canal au moyen de la respiration, et qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir un sphincter.

Il n'est pas douteux que le canal nasal, étant une cavité située dans la partie antérieure de la narine, admet une portion de l'air qui s'introduit dans le nez par la respiration, et que cet air monte dans le canal au moment de l'inspiration. Pour se convaincre de cette vérité, il suffit de réfléchir que dans la fistule lacrymale, lorsque le canal nasal est désobstrué, si le malade se mouche, il sort par la fistule non-seulement du fluide puriforme, mais encore de l'air. Il est universellement connu, de plus, qu'une colonne d'air peut soutenir un fluide plus dense que celui-là, pour vû que ce fluide forme une colonne d'un poids inférieur à celui de l'air. Enfin pour connaître la proportion qui existe entre l'air introduit par le canal nasal, et les larmes versées dans le sac lacrymal par les conduits, il faut observer la proportion de capacité entre ce canal et ces conduits ; on la trouvera de huit à

un, à-peu-près. Ayant posé ces principes, on ne pourra nier que les larmes, versées goutte à goutte des conduits lacrymaux dans le sac, seront soutenues par la colonne d'air qui a pénétré dans le canal nasal, et qu'elles ne pourront surmonter cette résistance, avant d'être réunies en quantité suffisante pour vaincre la force de l'air même, et faire agir le corps du muscle *lacrymal*, lequel, en se contractant, les pousse vers la partie inférieur du sac lacrymal.

L'utilité d'une colonne d'air ascendante et descendante, pour empêcher l'écoulement perpétuel des larmes, nous donne la raison des angles, et des diverses capacités des récipiens lacrymaux ; si la totalité de ces réservoirs formait un seul tube à-peu-près droit, et de figure conique, dont la base serait à l'orifice inférieur du canal nasal, et le sommet aux points lacrymaux, le mouvement d'ascension de la colonne d'air, ferait sortir les larmes par les points lacrymaux, peu de temps après qu'elles y auraient été introduites, et leur passage par le nez, ne pourrait pas s'effectuer. Il fallait donc que le tube lacrymal, qui se prolonge depuis l'œil jusqu'au nez, eut une dilatation, et y formât un angle presque droit;

de cette manière l'impulsion de l'air ascendant devait y perdre en partie son effort, soit à cause de l'amplitude du sac, soit par la rencontre de l'angle, ensorte que le courant des larmes qui provient des conduits lacrymaux, ne pût être empêché ou reflué. Il en résulte que les larmes étant un fluide destiné à être en partie expulsé, le canal nasal a été placé, de la manière la plus favorable, près de la narine antérieure, plutôt que de la fosse nasale postérieure, cette situation étant la plus propice à leur écoulement.

Enfin, il résulte un double avantage de ce que les larmes sont versées dans la narine antérieure, savoir, de maintenir humide et lubréfiée la partie de la membrane pituitaire, qui, voisine de la base du nez, est la plus exposée au dessèchement, et de conserver la finesse du sens olfactif dans ce point, qui, placé de manière à recevoir le premier les impressions odorantes, devait être doué de la plus grande perfection.

Le muscle *lacrymal*, pourvu des mêmes propriétés vitales que le reste du système musculaire, peut être affecté des mêmes maladies que les autres muscles, telles que la paralysie et le spasme, qui en empêchant le pas-

sage des larmes, contribuent à former l'épiphora, et la fistule lacrymale. Il semble, de plus, que ce muscle soit susceptible de conserver son action dans ses extrémités, et d'être paralysé dans son corps; on voit, en effet, le sac lacrymal se remplir de larmes, en particulier pendant le sommeil, et comprimé avec le doigt, les décharger dans le nez par le canal nasal; ce qui semble prouver que les points lacrymaux et leurs conduits ont transporté le fluide dans le sac, mais qu'il y est resté par la paralysie du corps du muscle, et non par l'obstruction du canal nasal; car, dans ce dernier cas, la compression l'aurait fait sortir par les points lacrymaux, phénomène qui s'observe même quand le fluide *lacrymal* est devenu puriforme, et que sa consistance devrait lui faire parcourir avec plus de difficulté les cavités de ces canaux.

Parmi les cas que j'ai vus, je connais un homme de loi, qui, depuis plusieurs années, souffre de cette maladie. Tous les matins, en se réveillant, il trouve, à l'angle interne de son œil gauche, une tumeur indolente de la couleur de la peau, et du volume d'une petite fève de haricot, il la comprime légèrement, et fait sortir par la narine correspondante, plu-

sieurs gouttes de larmes pures, sans qu'il en sorte la plus petite quantité par les points lacrymaux ; après cela la tumeur disparaît. Il répète trois ou quatre fois par jour la même compression, et toujours avec le même effet. Il a vainement tenté la compression permanente pendant un certain temps, pour obtenir la guérison de cette incommodité; mais comme celle-ci lui ne cause pas beaucoup d'ennui, il a abandonné toute idée de guérison radicale. Il n'est pas hors de propos de remarquer que dans ce cas, et dans d'autres pareils, la compression permanente doit accroître la maladie au lieu de la diminuer ; car sans détruire la paralysie du corps du muscle, elle empêche les conduits lacrymaux de décharger librement les larmes dans le sac.

Cet état pathologique du muscle pouvant donc retenir, pendant un certain temps, le fluide *lacrymal* dans le sac, on peut le considérer comme une cause de la fistule lacrymale; en effet, de même que tout fluide animal, en séjournant plus qu'à l'ordinaire dans un point quelconque de notre corps, y souffre une altération, et devient un stimulant, ainsi les larmes dégénèrent en demeurant trop longtemps dans le sac, elles en irritent les parois,

et les enflamment ; de là l'obstruction du canal nasal, la tumeur, puis la fistule lacrymale.

La récidive de cette fistule, si fréquemment observée, même après l'emploi des procédés opératoires les plus parfaits, peut être produite par l'atonie dans laquelle tombe ce muscle, tandis que dure la fistule même, et après l'opération ; car on ne peut nier que toute partie affectée reste quelque temps affaiblie après une opération.

Considérant donc l'action de ce muscle, son état pathologique, et l'origine des nerfs qui s'y distribuent, l'art de guérir pourra en tirer avantage, dans les cas suivans.

1.° Dans l'épiphora occasionnée par la seule obstruction des points lacrymaux, il suffira de désobstruer ceux-ci avec un stilet très-fin ; car alors, le muscle n'étant pas affecté, les points et les conduits lacrymaux continueront leur action. Jusqu'à présent, on a regardé ce moyen comme inutile, parce qu'attribuant aux seuls points et conduits lacrymaux, la force d'attraction qui y faisait passer les larmes, on a cru que cette force disparaissait par le seul fait de cette opération.

2.° Dans l'épiphora causée par la paralysie de ce muscle, ou par sa contraction spasmo-

dique, la connaissance de ses nerfs, qui sont des ramifications de l'ophthalmique, permettra de porter les remèdes, au coin de l'œil, où se trouve le muscle lui-même, à la racine du nez, aux sourcils, à la narine correspondante, au muscle frontal du côté affecté, et enfin sur l'os malaire du même côté, endroit où se distribuent les ramifications du nerf ophthalmique.

3.° On pourra arrêter, dès le principe, le développement d'une fistule lacrymale, lorsqu'on verra que les larmes s'arrêtent dans le sac par la seule paralysie du muscle.

4.° Enfin, on pourra prévenir la récidive de la fistule, en agissant après l'opération sur le muscle et sur les nerfs, pour réveiller les forces vitales, qui ne sauraient se restaurer par le repos, puisque l'action du muscle est indépendante de la volonté.

Le muscle *lacrymal* étant susceptible d'être atteint de paralysie, et de contraction spasmodique, on pourra avantageusement combattre ces affections, au moyen de l'électricité, des douches, des frictions spiritueuses, opiacées, des fumigations, etc., portées sur les lieux indiqués.

Pour parvenir à la dissection exacte du

muscle, et du nerf *lacrymal*, voici le procédé que j'ai suivi.

J'ai introduit deux stilets très-fins, par les conduits lacrymaux jusque dans le sac, pour me servir de guides dans ma recherche; j'ai coupé en deux les paupières, et les ai renversées avec les stilets sur la racine du nez. J'ai divisé la conjonctive à peu de lignes de distance de la membrane sémilunaire, et l'ai renversé de même sur la racine du nez; puis portant avec le doigt le bulbe de l'œil vers l'angle externe de l'orbite, et levant avec attention la membrane cellulaire qui couvre l'os unguis, j'ai vu le corps du muscle; en continuant les incisions sur la direction des stilets, j'ai mis à découvert ses extrémités.

Pour trouver le nerf, après avoir renversé la moitié de la paupière et la membrane sémilunaire sur le nez, je me suis abstenu d'enlever le tissu cellulaire qui recouvre le muscle; mais emportant la voute de l'orbite, et faisant les incisions accoutumées pour la recherche des nerfs, qui se distribuent aux muscles de l'œil, j'ai remarqué que le rameau nasal, après avoir donné la ramification qui passe par le trou orbitaire interne antérieur, et pénètre dans la narine, forme, comme je l'ai dit plus

haut, deux autres ramifications, qui se joignant sous la poulie du grand oblique, se courbent, et se portent sur le muscle jusqu'à la pointe de chacune de ses extrémités.

~~~~~~
~~~~~~

SUR L'USAGE DU SAC LACYRMAL

CHEZ L'HOMME,

Par Laurent Geri, *Prof. d'opérations et d'accouchemens à l'Université de Turin, Chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité, et du grand hôpital de St.-Jean, Chirurgien de la famille Royale.*

TRADUIT DE L'ITALIEN,

par J. C. Morin, Doct.-Chirurgien.

Les ouvrages d'Anatomie et de Physiologie, que je connais, ne disent autre chose, quant à l'usage du sac lacrymal, si ce n'est qu'il reçoit les larmes des conduits lacrymaux, pour les transmettre au canal nasal; à peine quelques-uns ajoutent-ils qu'avant de passer dans ce dernier, les larmes s'accumulent dans le sac. Je fus porté à rechercher avec soin l'usage de celui-ci, en considérant d'un côté que les larmes pourraient fort bien

continuer leur cours depuis les conduits lacrymaux jusqu'au canal nasal, sans l'intermédiaire du sac ; et d'un autre côté, en adoptant l'opinion générale, qui n'admet aucune espèce d'accumulation de larmes dans le sac, dans son état naturel, parce que il n'existe ni valvule, ni sphincter à la naissance du conduit nasal (1); d'où il résulterait une conséquence conraire à ce que nous voyons ordinairement en étudiant la nature, c'est-à-dire, celle de l'inutilité du sac. Pour cela, je rassemblai dans mon esprit diverses hypothèses, je les soumis à un examen critique, et je choisis celles qui me parurent les plus vraisemblables.

Les larmes, versées par les extrémités internes des conduits lacrymaux, peuvent être sous la forme de jet, ou sous celle d'un simple écoulement, suivant le degré de vélocité avec lequel elles les parcourent. Jusqu'à présent, à ma connaissance, on n'a pas déterminé lequel des deux modes est le véritable, et si l'une des formes est constante, ou si l'une et l'autre peuvent se rencontrer successivement, suivant les diverses circonstances. Mais de quelque manière que se fasse cet épanchement, le sac

---

(1) Voyez la note A.

pourrait être destiné à l'aider dans tous les cas. On sait que ce réservoir, qui se trouve dans un état de dilatation permanente (1), présente par cette raison un espace libre entre l'extrémité des conduits lacrymaux, et la partie du sac qui est vis-à-vis d'eux. Or, supposé que les larmes sortent en jet, l'espace désigné permettrait que toute la force d'impulsion, communiquée précédemment au liquide, se consumât dans la cavité même du sac. Si, au contraire, l'on pense que l'humeur lacrymale sorte des conduits indiqués, sous la forme d'un écoulement lent, le sac, moyennant une ample extension de ses parois, permettrait aux conduits lacrymaux de s'ouvrir à quelque distance l'un de l'autre, afin de prévenir le choc réciproque que les gouttes respectives du liquide éprouveraient inévitablement, si les orifices des conduits se trouvaient trop voisins.

Cette conjecture, qui dérive uniquement de la supposition de l'avantage qui résulterait de la plus grande facilité dans l'écoulement des larmes, au travers de l'appareil lacrymal inférieur (2), souffre deux graves objections.

---

(1) Voyez la note B.

(2) Par le nom d'appareil lacrymal inférieur, j'en-

La première est, que lorsque les deux conduits lacrymaux s'ouvrent dans le sac par deux orifices distincts, ils se trouvent toujours si près l'un de l'autre, qu'ils en simulent un seul, et mettent obstacle par conséquent à l'exécution du but proposé, puisque de quelque manière que le liquide soit supposé sortir, il y aura toujours un frottement réciproque entre les deux courants. Toutefois, tenant pour vrai ce qui reste tout-à-fait hypothétique, c'est-à-dire, que l'humeur sortant en jets, les deux courants qu'elle forme n'eussent à souffrir aucun frottement, vu le parfait parallélisme des deux orifices; je demande alors de quelle utilité peut être la portion du sac qui s'élève au-dessus du niveau de ces orifices? La moitié inférieure du sac ne suffirait-elle pas pour la progression des larmes, comme les calices des reins suffisent pour recevoir l'urine versée par les extrémités des petits canaux excréteurs? D'un autre côté, il n'y a pas d'exemple que les premiers conduits excréteurs des autres parties du corps ayent été pourvus par la na-

---

tends toute l'étendue des voies lacrymales, comprises entre les points lacrymaux, et l'extrémité inférieure du conduit nasal.

ture d'un réservoir, entre leur embouchure et le conduit secondaire ou commun.

L'autre objection est fondée sur les lois de l'hydraulique, et sur la connaissance des phénomènes particuliers qui se présentent dans l'appareil inférieur des voies lacrymales, par lesquels il est prouvé que les larmes, au lieu d'avancer avec célérité vers les narines, descendent, au contraire, avec lenteur. Cependant comme nous aurons à parler de ces choses plus en détail ci-dessous, je ne m'y arrêterai pas davantage pour le moment.

La seconde hypothèse a en vue l'avantage qui résulterait d'une sécrétion plus abondante de muscosité dans le sac, destinée à lubréfier de plus en plus le conduit nasal, afin de rendre le cours des larmes plus facile, ou de diminuer l'irritation qui pourrait résulter de leur présence. Il est à peine nécessaire d'opposer à de semblables suppositions, qu'aucun des autres conduits excréteurs, pas même ceux par lesquels passent des humeurs plus irritantes, par leur nature, que les larmes, ne sont munis de sac à leur naissance, parce qu'ils suffisent par eux-mêmes à la séparation du mucus, qui peut leur être nécessaire.

Il est une troisième hypothèse qui mérite

d'être prise en considération, quoique à dire vrai, elle appartienne moins à la physiologie qu'à la pathologie, parce qu'elle peut éclairer la fonction dont nous parlons.

Plusieurs causes peuvent produire des irritations dans les glandes de Meibomius, qui, bien que légères, sont suivies d'une augmentation plus ou moins sensible de sécrétion, et d'épaississement de leur humeur propre. Ce fluide, en se mêlant avec les larmes, doit les rendre moins coulantes, et par cette raison elles exigent un passage plus ample que celui qu'il leur faut ordinairement; cet état, par sa fréquence, étant considéré comme presque aussi naturel, que celui de fluidité, la nature aurait procuré aux larmes un chemin également libre au moyen du sac, tant dans un état que dans l'autre.

Comme une semblable conjecture se présente avec l'apparence d'une plus grande probabilité, il serait nésessaire, en premier lieu, de vérifier si le fluide, provenant de ces glandes, se mêle véritablement et avec facilité aux larmes; mais cette question devient superflue, car il s'offre ici un autre argument plus décisif, nous la laisserons donc de côté. Cet argument est très-simple : lorsqu'un liqui-

de, quel qu'il soit, entre dans un canal d'un diamètre donné, s'il conserve ses qualités primitives, le même degré d'impulsion, en un mot, si ses conditions, tant propres que relatives, ne changent pas, il doit indubitablement couler dans ce canal. Mais les larmes, après avoir passé par les points lacrymaux, conservant les qualités qu'elles avaient avant d'y entrer, elles doivent couler dans les conduits lacrymaux respectifs, et si elles passent par ceux-ci, elles peuvent encore mieux parcourir le canal nasal sans l'aide du sac. Un tel réservoir est donc tout-à-fait étranger à l'office désigné ci-dessus.

J'ai dit que les larmes ne perdent pas de leurs qualités, en passant par les voies lacrymales inférieures. Cette assertion, bien qu'elle me paraisse incontestable, peut néanmoins être considérée par quelques personnes comme une chose mal prouvée, et donner lieu à une quatrième hypothèse, savoir, que le sac peut avoir quelque influence modifiante sur les larmes. Cependant si l'on considère, que cette humeur n'a d'autre usage que celui d'humecter l'œil, comme on le verra dans peu, qu'après lui avoir servi elle devient tout-à-fait inutile, et que par cette raison il n'est pas besoin d'une

modification ultérieure, si l'on réfléchit, en outre, que le sac, ni par son organisation, ni par la dispositiou de ses parois, ne peut exercer aucune action vitale particulière sur elle, il paraîtra clair que l'usage indiqué ne lui convient nullement.

La cinquième hypothèse est que le sac sert plutôt à retarder le cours des larmes qu'à le rendre plus prompt, sans qu'il en résulte cependant ni interruption, ni accumulation, et que dans quelques circonstances particulières seulement, il permet qu'elles s'y arrêtent. Cette conjecture est celle que j'ai trouvé s'approcher le plus de la vérité, comme je vais le prouver.

Que les larmes soient destinées à adoucir les frottemens de l'œil, ou à prévenir l'aridité de la partie qui se trouve en contact avec l'air, c'est une chose hors de doute; mais qu'elles doivent encore, comme le prétendent quelques auteurs, humecter l'appareil lacrymal inférieur, et les cavités nasales, cela me parait être une opinion tout-à-fait dépourvue de fondement.

Pour que les larmes pussent produire un semblable effet, il faudrait qu'elles fussent dans un contact immédiat et continuel avec

les membranes sur lesquelles elles passent ; mais l'humeur muqueuse dont ces surfaces sont couvertes, différant des larmes par sa nature, doit se refuser à un prompt mélange avec elles, donc les larmes n'humectent point la membrane, mais bien l'humeur muqueuse avec laquelle seulement elles se trouvent en contact immédiat ; supposer que cette humeur soit dissoute par les larmes, et mêlée avec elles, serait déclarer la nature en contradiction avec elle-même, comme elle le serait, en effet, s'il était prouvé que l'humeur muqueuse, dans ce cas, ne dût point défendre les membranes de l'impression irritante des larmes, et les conserver dans l'état de souplesse qui leur est naturel. Qui pourrait persuader que les urines servent à humecter l'urètre? Je sens très-bien l'apparente inconvenance de la comparaison. Les larmes sont toujours assez douces pour qu'il ne soit, en quelque sorte, pas permis de les comparer à l'urine, qui est si habituellement irritante. Ces humeurs diffèrent dans leur nature, mais elles sont l'une et l'autre excrémentitielles, et par conséquent soumises aux mêmes lois générales de l'économie animale. Il n'est donc pas plus vrai de dire, que les larmes servent à humecter les voies lacry-

males inférieures, que les urines à lubréfier l'urètre. Si ceci est vrai pour les conduits lacrymaux, cela le sera également pour les surfaces pituitaires ; c'est pourquoi on substituera à l'idée peu satisfaisante du mélange de ces humeurs, celle d'un simple frottement que les larmes exercent sur l'humeur muqueuse, à la faveur duquel elles en dissolvent une portion, qui descend avec elles dans les narines, et donne ainsi lieu à son renouvellement. Les larmes n'ayant d'autre usage que celui d'humecter l'œil, il est raisonnable de penser que la nature a disposé les choses de manière à leur fournir un prompt écoulement, sans incommodité, aussitôt qu'elles ont cessé d'être utiles. Examinons si les faits s'accordent avec le raisonnement.

Tous les physiologistes modernes conviennent qu'une portion des larmes, qui ont servi à lubréfier l'œil, est dissipée par l'évaporation ; de là il semble que, dans le cours naturel des choses, elles devraient se dissiper en totalité de la même manière, vû leur peu d'abondance, leur ténuité, la lenteur avec laquelle elle sont étendues, et la grandeur de la surface qu'elles recouvrent ; mais l'œil reste souvent, et pour un temps plus ou moins long, privé du con-

tact de l'air, comme pendant le sommeil ; et les causes capables d'augmenter la sécrétion ordinaire de cette humeur sont assez multipliées, et assez fréquentes, pour qu'on doive supposer, que très-ordinairement, et peut-être toujours, il en reste une portion plus ou moins grande qui n'est point évaporée. Ce surplus de larmes est ordinairement entreposé, comme chacun le sait, dans les narines, sans faire éprouver l'inconvénient qui résulterait d'un écoulement sur les joues, sur la lèvre, ou dans les arrières narines, donc ici le fait est d'accord avec le raisonnement, et ce fait, examiné avec attention, confirme notre opinion sur l'usage des larmes, il prouve leur descente lente et continue du sac aux narines, et nous conduit en même temps à la connaissance du véritable usage de ce sac.

Les connaissances modernes ne nous permettent plus de considérer les conduits lacrymaux, comme de simples tubes capillaires inertes, et par suite, il nous est impossible de calculer le degré de vélocité qu'ils impriment aux larmes ; mais quelque soit ce mouvement, il est évident qu'il doit être considérablement diminué aussitôt que cette humeur est versée dans le sac ; premièrement parce que ce sac

est plus grand que les conduits ; et en second lieu, parce que, comme nous l'avons dit, il ne peut exercer aucune action vitale sur le liquide qu'il reçoit. Il est vrai que les larmes, en passant du sac dans le conduit nasal, doivent de nouveau acquérir plus de rapidité dans leur mouvement, la capacité de celui-ci étant notablement moindre, et sa direction verticale ; cependant, outre que l'homme n'est pas toujours dans une position propre à favoriser cette chute des larmes, il y a d'autres causes qui balancent et surmontent peut-être celles d'accélération.

On trouve toujours dans le sac lacrymal, une plus ou moins grande quantité d'air libre ; cet air ne peut pénétrer jusque là, que par l'extrémité inférieure du canal nasal, mais pour qu'il s'y introduise, il est nécessaire qu'il s'y trouve un espace qui ne soit pas occupé par les larmes, ce qui prouve que ce canal n'est pas ordinairement rempli de liquide; donc du sac à l'extrémité du conduit, il existe deux colonnes distinctes, l'une de larmes, l'autre d'air, qui sont dans un contact continuel, et qui procèdent entr'elles en sens opposé.

Ces dispositions données, chacun comprend que les larmes doivent éprouver une résistance

à leur descente, plus grande que celle que leur ferait éprouver le seul frottement des parois du conduit, et que pour cela leur cours doit éprouver un double retard. En outre, la portion d'air contenue dans le sac, et qui se trouve en contact avec les larmes, qui arrivent par les points lacrymaux, ne peut faire moins que de leur opposer un obstacle assez fort, outre qu'elles éprouvent déjà un retard notable à leur entrée dans le réservoir. Il faut encore noter que cette portion d'air, après avoir résisté à la sortie des larmes des conduits lacrymaux, éprouve à son tour la pression qu'elles exercent sur lui, pression qui doit être plus forte que la sienne propre, le force à descendre avec le liquide, probablement dans un état de mélange, et à sortir avec lui par l'extrémité du canal nasal; il en résulte ainsi deux avantages distincts, mais tendans à la même fin, c'est-à-dire, de donner lieu à un courant d'air de bas en haut, qui contribue toujours à retarder les larmes dans leur marche, et à aider leur dispersion aussitôt qu'elles arrivent dans les narines, par la dispersion de la portion d'air qu'elles contiennent, qui en s'unissant à l'atmosphère, entraine avec elle une portion des larmes réduites en vapeur.

On objectera, peut-être, que les points lacrymaux peuvent aussi donner passage à l'air atmosphérique, et établir ainsi une communication avec celui qui monte par le canal nasal; celà étant, les larmes éprouveraient dans leur cours une résistànce beaucoup moins forte que celle que je suppose; mais les raisons suivantes suffisent pour dissiper cette objection.

1.° Les points lacrymaux sont continuellement baignés par les larmes, comme nous l'avons dit, en parlant du cours continu de l'humeur qui se présente à eux pour être absorbée; mais quand on soutiendrait qu'ils sont quelquefois tout-à-fait à sec, je suis fermement convaincu que même alors ils ne livreraient pas passage à l'air, à cause de leur contraction, effet inévitable d'une irritation inhabituée; de même que les vaisseaux chilifères, lorsqu'ils n'ont pas de chile à absorber, n'admettent cependant pas les gaz intestinaux. Ainsi les points lacrymaux ne peuvent pas absorber d'air, excepté celui qui peut être mélé avec les larmes elles-mêmes.

2.° S'il existait réellement une communication entre l'air qui environne l'œil, et celui qui est dans les narines, lorsqu'on se mouche,

ou dans tout autre circonstance semblable, la colonne d'air, contenue dans l'appareil lacrymal, serait obligée de sortir par les points lacrymaux, et troublerait ainsi la marche des larmes. MONTEGGIA rapporte l'observation de HENKEL, relative à une tumeur du sac pleine d'air, et une autre qui lui est propre, d'une dame chez laquelle le sac se gonflait toutes les fois qu'elle se mouchait, il ne parle jamais dans ces observations, du passage de l'air à travers les points lacrymaux.

Nous avons dit plus haut que l'humeur lacrymale arrivée dans les narines, y est insensiblement consumée par évaporation; c'est pourquoi ce liquide y est étendu sur une surface large, qui, offrant un grand nombre de points de contact à l'air, fait qu'elle a lieu promptement. Cette surface est d'autant plus grande qu'elle présente plus d'irrégularité. Or donc, si l'on réfléchit un instant à la forme et à l'étendue des cavités du nez, et à toutes les circonstances propres à favoriser l'évaporation des larmes, en les retardant et les étendant beaucoup, on verra que tout est disposé pour favoriser l'action de l'appareil lacrymal inférieur, et accomplir l'œuvre qui a été commencée sur l'œil.

Il arrive cependant quelquefois que les larmes coulent hors des narines, ou passent dans l'arrière bouche, goutte à goutte ou en ruisseau, produisant ainsi les incommodités dont nous avons parlé plus haut. Cet écoulement ne peut pas avoir d'autre cause, que le cours trop rapide des larmes, qui ne leur donne pas le temps de se répandre sur la superficie interne du nez; mais nous avons vu que le sac n'est point propre à communiquer aucune impulsion à ce fluide, ainsi cet accroissement de célérité doit être attribuée à la plus grande action des points et des conduits lacrymaux, qui absorbent dans un temps donnée, et conduisent dans le sac une quantité de larmes plus grande que de coutume Ce phénomène se manifeste toutes les fois que l'œil est baigné par une quantité extraordinaire de larmes, ou artificiellement par de l'eau. Si l'on injecte de l'eau fraîche entre les paupières d'une personne qui a le canal nasal libre, elle la sentira passer aussitôt dans le nez, sans presque éprouver de changement de température. Dans ces circonstances, les larmes, par leur quantité et la rapidité de leur marche, remplissent tout-à-fait le canal nasal, en chassant l'air qu'il contient, et en empêchant l'entrée de celui qui

fait un continuel effort pour y pénétrer ; il reste cependant l'air contenu dans le sac qui, au premier débordement de larmes, doit nécessairement être refoulé vers son fond, et par sa dilatation favoriser leur cours de deux manières ; 1.° en les comprimant de haut en bas ; 2.° en diminuant la capacité du canal qu'elles doivent parcourir, et cela en vertu des lois de la physique connues de tout le monde. Ce changement, quoiqu'il n'ait lieu que dans quelques circonstances particulières, est une preuve incontestable, quoique indirecte, de la lenteur naturelle du cours ordinaire des larmes. Ainsi quand encore on regarderait l'action de l'air sur leur mouvement, comme une conjecture peu fondée, on ne pourrait nier le retard qu'elles éprouvent entre l'extrémité interne des conduits lacrymaux et les narines, l'avantage qu'il en résulte pour l'homme, et l'usage du sac dans cette fonction.

L'homme éternue, se mouche souvent, et dans chacune de ces circonstances l'air pénètre dans le conduit nasal avec assez de force, non-seulement pour suspendre le cours des larmes, mais encore pour les refouler de manière qu'elles s'accumulent. Cependant les points lacrymaux continuent d'en absorber, qui

seraient arrêtées ou même chassées entre les paupières, si le sac n'était pas interposé, et ne servait pas de réservoir tout à la fois à celles qui descendent, et à celles qui sont refoulées, prévenant ainsi le larmoiement, qui serait fatigant malgré son peu de durée, à cause de sa fréquence. Donc, le sac, outre qu'il retarde la progression des larmes, leur offre un réservoir pour quelques instans, dans des circonstances particulières. Lorsque les occasions de faire monter violemment l'air dans le canal nasal se répètent assez, pour ne pas laisser aux larmes le temps de reprendre leur cours, le larmoiement est inévitable, et il dure jusqu'à ce qu'elles aient cessé, ou au moins qu'elles laissent des intervalles de repos. Qu'on n'objecte pas que, dans ce cas, le larmoiement dépend plus de l'accroissement de la sécrétion des larmes, que de l'action de l'air ; lors même que la sécrétion serait augmentée par l'éternuément ou la toux, elle ne saurait l'être par les efforts d'expiration que l'homme fait pour se moucher, pour rendre ses excrémens, ou pour d'autres circonstances semblables.

Je dirai encore que, outre les circonstances que je viens d'indiquer, il peut encore s'en présenter d'autres ; ainsi un retrécissement

spasmodique passager du canal. Je n'ai pas l'intention de renouveler la discussion sur la possibilité de cette espèce d'obstruction, que je ne mentionne ici que comme une supposition; mais si je devais dire mon opinion, elle serait pour l'affirmative, puisque j'ai observé, ce qui n'aura pas échappé aux praticiens, qu'il est quelquefois très-difficile, et même impossible, de sonder des calculeux prêts à supporter la lithotomie, dans l'urètre desquels on avait introduit la sonde peu de jours auparavant, et avec la plus grande facilité, lorsqu'ils n'étaient pas préoccupés de l'idée de l'opération. Cet obstacle ne peut être attribué qu'à un spasme, et si l'on ne nie pas l'analogie de tissu qui règne entre l'urètre et le canal nasal, il n'y a pas de raison pour refuser à celui-ci des effets semblables, produits par les mêmes causes.

Enfin, pour terminer, j'observe que le sac lacrymal est tout-à-fait passif dans la fonction que nous venons d'examiner, et que c'est pour cela qu'il est si souvent distendu, dans la partie où il est privé de l'appui des os; le cours des larmes étant très-lent, le moindre obstacle qui vient à naître dans le canal, pour peu qu'il dure, doit les arrêter tout-à-fait dans

le sac, qui, n'ayant pas les forces nécessaires pour leur résister, se laisse dilater, et donne naissance à la tumeur qu'on appelle hydropisie du sac lacrymal.

NOTES.

(A) Le Prof. Trasmondi pense que les larmes s'accumulent dans le sac, par la résistance que leur oppose l'air qui monte par le conduit nasal, etc., etc., (v. p. 422); il y aurait beaucoup de choses à répondre à cette opinion; je me bornerai aux suivantes.

En premier lieu, s'il ne pénètre point d'autre air dans le canal nasal que celui qui y entre par le nez, pendant l'acte de la respiration, ce conduit doit en être privé toutes les fois que l'homme respire par la bouche, ce qui a lieu assez souvent.

En second lieu, où est la preuve que les larmes remontent pendant l'inspiration, et descendent dans l'expiration? L'extrémité inférieure du conduit nasal est toujours en contact avec l'air atmosphérique; celui-ci peut donc s'y introduire continuellement, même sans la respiration. Mais lors même que la

susdite alternative existerait, elle aurait lieu en sens inverse de celui que présente l'auteur, c'est-à-dire, que l'air monterait pendant l'expiration, et *vice-versa* En effet, l'air qui sort de la cavité de la poitrine frappe contre les narines, bien plus que celui qui y entre, et l'exemple que cite le Professeur, en preuve de son assertion, indique précisément le contraire; c'est lorsque le malade expire avec force, qu'il fait jaillir, par la fistule, de l'air avec le liquide puriforme.

En troisième lieu, les mouvemens alternatifs de la respiration sont de si courte durée, et si prompts à se succéder, qu'ils excluent l'idée de la possibilité d'une accumulation.

En quatrième lieu, ou les larmes se trouvent à l'embouchure du canal nasal, lorsque l'air entre en contact avec elles, comme semble le supposer l'auteur, ou elles sont encore peu éloignées des conduits lacrymaux, c'est-à-dire, qu'elles ne sont pas encore descendues dans le sac. Dans le premier cas, d'après les lois de la gravitation verticale, et par l'impulsion que leur communiquent celles qui leur succèdent, elles acquièrent assez de poids pour surmonter la résistance de la colonne d'air. Dans le second, l'air a déjà dû occuper toute la cavité

du sac, et il empêchera les conduits de verser le liquide; ensorte que dans l'un et dans l'autre cas l'accumulation ne pourra s'effectuer.

Enfin, l'auteur n'a pas fait attention, que l'appareil lacrymal, compris entre les points lacrymaux et l'extrémité inférieure du canal nasal, formant un tube ouvert par ses deux extrémités, dans lequel le liquide se trouve également comprimé, entre deux points opposés, par l'air atmosphérique, ce liquide ne peut rester suspendu, à l'exception des cas extraordinaires, où l'air entre avec impétuosité dans le conduit.

(B) Le Prof. TRASMONDI émet l'opinion, que le muscle *lacrymal* a la faculté de comprimer le sac, et de pousser les larmes dans le canal nasal. J'ai examiné avec soin la position et les attaches de ce muscle, et je suis disposé à admettre le sentiment du docteur HERMER, conforme à celui de DUVERNEY le jeune, d'après ce que nous a fait connaître le docteur FLAJANI dans son intéressant opuscule, intitulé *Observations historico-anatomiques,* savoir que ce muscle ne sert qu'à adapter les paupières au globe de l'œil, et à diriger l'entrée des larmes dans le sac, car comme

il passe sur l'expansion aponévrotique qui couvre le sac, laquelle en est séparée par un tissu cellulaire mou et fin, ainsi que l'a observé BICHAT, et plus exactement encore MONTEGGIA, ce muscle peut bien tirer cette aponévrose vers son point fixe, qui est le bord postérieur de l'os unguis; mais il ne saurait comprimer le sac, qui devrait plutôt en être dilaté. Mais lors même qu'on voudrait admettre, que malgré sa ténuité, et son éloignement de la véritable paroi du sac, ce muscle peut agir sur la portion de ce dernier qui regarde l'œil, cette compression ne saurait, dans aucun cas, s'exercer sur la partie du sac, logée dans le sillon osseux, laquelle est la plus considérable; d'où il résulte, que cette cavité ne pourra jamais être resserrée, au point qu'il en résulte l'expulsion de la totalité des larmes.

MÉMOIRE

Sur un nouvel instrument pour opérer la Cataracte, et pour former la Pupille artificielle, par le Prof. Joseph GIORGI, *Chirurg. pensionné à Imola, Prof. d'anatomie et d'acouchement à l'Université Pontificale et Impériale Nolfi, Doct. en Médecine et en Philosophie, Correspondant de plusieurs Académies médico-chirurgicales, etc.*

TRADUIT DE L'ITALIEN,

par Charles G. PESCHIER, Doct.-Chirurgien.

UN grand nombre d'auteurs de chirurgie ont inventé divers instrumens, pour les opérations de la cataracte et de la pupille artificielle; mais plusieurs de ceux-ci, ayant été reconnus impropres à remplir le but auquel ils sont destinés, ont été abandonnés par les prati-

ciens (1). La réussite des opérations que j'ai pratiquées, avec l'instrument que je vais décrire, me fait espérer que ce dernier n'aura pas le même sort.

J'opérais à FICULLE (terre de la Légation de Pérouse) trois aveugles par cataractes, en présence des professeurs RICCI, médecin, et DE MAGISTRIS, chirurgien, et je me servais, comme j'en avais coutume depuis plusieurs années, de l'aiguille droite en forme de lance, lorsque je m'aperçus que, sur l'un d'eux, j'avais traversé le crystallin de part en part, et que les mouvemens que j'exécutais avec mon aiguille, ne servaient qu'à mieux fixer la cataracte, ensorte que la dépression était impossible à opérer ; je songeai alors à faire par la sclérotique l'extraction de ce corps opaque. Je retirai, en conséquence, l'aiguille jusqu'à ce que la cataracte touchât la paroi interne de la sclérotique, je la fis tenir par un aide, et prenant un couteau à cataracte, je fis à la sclérotique une incision transversale, par laquelle je sortis le crystallin. L'humeur aqueuse s'épancha au dehors de l'oil, en plus grande quan-

(1) Voyez CURT SPRENGEL, dans son ouvrage *des principales opérations de chirurgie.*

tité, que quand on opére par dépression, et il sortit même une petite portion d'humeur vitrée ; cet écoulement cessa en même temps que la pression destinée à affermir l'œil, qui en était devenu plus petit et plus flasque. J'abandonnai aux deux Professeurs la cure de ces trois opérés.

Après cette expérience, songeant aux inconvéniens qui, d'ordinaire, accompagnent soit la dépression, soit l'extraction de la cataracte, je me rappelai ce qui arriva au célèbre Scarpa, qui, pratiquant la dépression d'une cataracte très-dure, courba son aiguille droite mal trempée, et n'en continua pas moins son opération, ce qui lui donna l'idée de son aiguille courbe.

Ayant éprouvé un accident à-peu-près pareil, je fis construire, pour pratiquer l'extraction, une pince de la grandeur et grosseur d'une aiguille droite à cataracte, dont l'extrémité, lorsqu'elle était fermée, était en forme de lance, et dont l'intérieur de chaque lame était dentelé ; je me proposais de m'en servir, après avoir fait, avec un couteau, une incision à la sclérotique. Mais cet instrument n'ayant pas répondu à mon attente, je fis faire une aiguille droite à deux lames, coupant

des deux côtés, unies de manière à représenter une seule lame, l'une d'elles immobile et platte, l'autre mobile et convèxe à l'extérieur; toutes les deux dentelées à la face interne, comme une lime, et portées sur une tige cylindrique passablement grosse ; la lame immobile porte à sa partie inférieure une ouverture, ou fente, dans laquelle se loge le pied de la lame mobile, qui est plus courte que la lame immobile, de manière qu'elles restent dans un contact parfait.

Pour séparer ces deux lames, lorsque l'instrument a pénétré dans la chambre postérieure, un petit ressort courbe, sur lequel pose un ressort droit fixé au manche, que l'index presse, pousse insensiblement le pied de la lame mobile, laquelle fait alors saillie en sens inverse; un contre-ressort courbe, placé de l'autre côté de l'instrument, maintient le pied de la lame mobile, de manière à ce qu'elle ne puisse pas s'écarter au-delà de ce qu'on désire, et règle ainsi l'ouverture formée par l'écartement des deux lames ; il suffit de cesser de presser avec l'index le ressort droit, pour que la lame mobile reprenne sa première position, et s'applique exactement sur la lame immobile,

comme l'indique la planche gravée, avec le détail nécessaire.

Ainsi construite, mon aiguille droite me servit d'abord à faire quelques essais sur les yeux des cadavres et des animaux, en y produisant une cataracte artificielle, comme le prescrit TROJA ; je l'employai ensuite sur le vivant, avec un succès que prouvent les observations suivantes, où sur dix cataractes, et deux pupilles artificielles, la vue a été rendue à neuf individus.

Voici le procédé opératoire que j'emploie.

Procédé pour opérer la Cataracte.

Le malade assis en face de la lumière, a l'œil, qui ne doit pas être opéré, recouvert avec de la charpie ou une compresse retenue avec une bande. L'opérateur s'assied devant lui, ayant la tête plus élevée que celle du patient, mais ne faisant pas ombre sur l'œil à opérer, les jambes du malade placées entre les siennes. Un aide, placé derrière le patient, maintient sa tête ferme, avec une main posée sur le front, et l'autre sur le menton.

En supposant qu'il s'agisse de l'œil gauche,

l'opérateur soulève la paupière supérieure avec l'index gauche, et maintient l'inférieure avec le pouce, en appuyant légèrement sur le globe, ou bien il se sert de l'élévateur de PELLIER, si l'œil est trop enfoncé, ou le malade trop craintif. Il fait ensuite tourner l'œil vers le nez, et prenant l'instrument des mains d'un aide, l'index posé sur le ressort droit, ensorte qu'il le tienne comme une plume à écrire, il l'introduit par la sclérotique transversalement, à deux lignes au moins de la cornée ; lorsque la pointe a pénétré dans l'œil, il aggrandit la plaie de la sclérotique avec le tranchant de la lame fixe, jusqu'à ce que l'incision soit suffisante pour permettre les mouvemens de l'instrument, et l'extraction du crystallin. Après cela, il dirige horizontalement l'aiguille dans la chambre postérieure, et porte la lame à plat sur la cataracte ; puis il exécute sur elle quelques mouvemens accompagnés de pression, comme pour opérer l'abaissement. Si le crystallin n'a pas contracté d'adhérence avec l'iris, il s'abaisse facilement ; alors l'opérateur fait exécuter à l'aiguille un quart de tour, et portant le tranchant de l'aiguille sur la cataracte, il presse le ressort de manière à détacher la lame mobile, et à produire entre elle et la

lame fixe, une ouverture suffisante pour y comprendre le crystallin, derrière lequel se placera celle-là, tandis que la lame fixe viendra devant la lentille opaque, entre sa capsule et l'uvée; cessant alors de presser le ressort, il saisit la cataracte avec la capsule crystalline, et l'entraîne au dehors par l'ouverture de la sclérotique.

Si la cataracte adhère à l'iris, l'opérateur l'en sépare avec le tranchant de l'aiguille, puis remonte l'instrument pour abaisser le crystallin et l'extraire, par le procédé qu'on vient de lire.

Comme il se pourrait que, par l'incision faite à la sclérotique avec le tranchant de la lame, il sortit une portion d'humeur vitrée avec l'humeur aqueuse, la grosseur de la tige qui porte la lame empêchera cet effet, en remplissant presque totalement l'ouverture.

L'opération étant terminée, on ferme l'œil, et on y applique une compresse de toile souple, trempée dans l'eau commune, tandis qu'on recouvre l'autre œil d'une compresse sèche; l'une et l'autre sont maintenues par une petite bande qui ne porte que sur le front. Le malade placé dans son lit, et dans une chambre obscure, pourra s'y tenir dans la position qui

lui plaira, sans être obligé d'avoir la tête soulevée et immobile. Ordinairement il n'est pas nécessaire d'employer d'autre topique; il suffit de renouveller toutes les vingt-quatre heures la compresse humide, jusqu'au cinquième jour. S'il ne se manifeste point d'inflammation, le malade quittera son lit au bout de huit à dix jours, espace de temps suffisant pour la cicatrisation de la sclérotique. A cette époque on couvrira l'œil d'un taffetas noir, et l'on permettra l'introduction d'une faible lumière dans la chambre, dont l'opéré ne sortira qu'au bout d'une vingtaine de jours après l'opération; alors on substituera un taffetas verd au noir, et le malade le portera quelque temps encore.

Pour dilater la pupille, j'ai l'usage d'introduire dans l'œil, trois heures avant l'opération, un grain d'extrait de *belladone,* dissous dans quelques gouttes d'eau.

Procédé opératoire pour la pupille artificielle.

Le malade étant assis, et tenu comme pour l'opération de la cataracte, le chirurgien porte

la pointe de l'instrument à l'angle externe de l'œil, sur la sclérotique, à deux lignes et demie de la cornée, et perce cette membrane comme il a été dit ci-dessus. Il porte la lame dans la chambre postérieure, jusqu'à ce que la pointe atteigne la partie supérieure interne du bord de l'iris, du côté du nez. Il traverse l'iris de manière à voir seulement la pointe de l'instrument dans la chambre antérieure, appuyant alors avec l'index sur le ressort droit, il fait mouvoir la lame mobile, qui traverse et coupe l'iris; puis poussant l'instrument du haut en bas, et d'arrière en avant, il aggrandit l'ouverture faite à l'iris par la lame immobile; de l'action de ces deux lames resulte une double incision, suffisante pour obtenir une pupille artificielle. Cela fait, le chirurgien cesse de presser sur le ressort, les deux lames se rapprochent, une portion de l'iris se trouve comprise entr'elles, et par un demi tour qu'il fait opérer au manche, l'opérateur détache cette portion du ligament ciliaire. Il retire ensuite l'aiguille dans la chambre postérieure, en l'élevant un peu, pour observer s'il paraît quelque corps opaque dans la pupille artificielle, afin d'en faire la dépression; après quoi l'aiguille se retire, comme elle a été introduite.

Observations.

Première. Une femme, de cinquante ans, fut opérée par le procédé ci-dessus, pour une cataracte ancienne de l'œil gauche. Elle recouvra la vue, malgré une douleur intense qui survint à l'œil opéré, pendant l'opération, et s'accompagna d'une vive inflammation, laquelle fut avantageusement combattue par la méthode antiphlogistique générale et locale.

Seconde. Un voiturier, âgé de trente-huit ans, aveugle dès son enfance, par suite d'une terrible ophthalmie qui avait détruit l'œil gauche, portait à l'œil droit une occlusion de l'iris. Je lui fis une pupille artificielle, qui prit une forme elliptique ; il se manifesta de l'inflammation, qui fut convenablement combattue, et le malade recouvra la vue.

Troisième. Un Comte, âgé de trente-six ans, perdit la vue, après avoir reçu dans les yeux un coup de feu à grenaille, étant à la chasse. L'œil droit avait la pupille déformée et immobile, et le bulbe sensiblement rappetissé ;

l'œil gauche était atteint d'occlusion de la pupille, j'opérai celui-ci, mais sans succès, ce que j'attribuai à ce que la rétine avait été lésée par quelques grains de grenaille, circonstance que je ne pouvais connaître avant l'opération.

Quatrième. En 1816, je fus appelé par la princesse GANGANELLI, âgée de septante ans, aveugle depuis quinze années; je reconnus deux cataractes de bonne qualité, que j'opérai avec le plus heureux succès; S. E. recouvra complètement la vue.

Cinquième. En 1817, je fus demandé par le marquis GUADAGNI, âgé de soixante ans, d'une forte complexion, aveugle depuis cinq années; je reconnus à l'œil droit une amaurose, et à l'œil gauche une cataracte compliquée d'immobilité de l'iris, ce qui me fit supçonner ou une adhérence, ou une amaurose. Mais la crainte d'avoir à faire avec cette dernière prévalut, et m'aurait empêché d'entreprendre aucune opération, sans les instances réitérées du malade et de ses parens, ainsi que celles des professeurs VIGNINI et FUSCONI qui assistaient à la consultation. J'opérai donc l'œil gauche seulement, mais sans aucun succès, ainsi que je l'avais redouté et annoncé.

Sixième. Dans le même lieu j'opérai avec succès un pauvre homme, âgé de soixante-cinq ans, aveugle depuis un grand nombre d'années, et portant deux cataractes ; j'eus ainsi le bonheur de lui rendre la vue.

Septième. En 1817, j'opérai avec le même succès une cataracte double, sur un boulanger de cinquante-quatre ans, aveugle depuis six ans.

Huitième. En 1818, j'opérai, à Sinigaglia, une femme qui portait une cataracte à l'œil droit, mais sans succès, une ophthalmie interne étant survenue, à ce que mécrivirent les docteurs LEGNI et RENGHI.

Neuvième. En 1819, un frère capucin se présenta à moi, portant depuis deux ans une cataracte complète à l'œil droit, et un commencement d'opacité du crystallin gauche. La mobilité de l'iris, et la faculté de distinguer la lumière des ténèbres, me flattèrent de l'espoir du succès ; j'opérai donc l'œil droit, et le malade recouvra parfaitement la vue.

En 1820, la cataracte de l'œil gauche étant devenue complète, je me déterminai à l'opérer ; mais n'ayant pas pu extraire le crystallin,

à cause de sa mollesse, et de son adhérence à l'iris, je me contentai d'en faire l'abaissement avec mon instrument, et d'en porter des fragmens dans la chambre antérieure, ce qui me réussit parfaitement, et me convainquit toujours plus que mon aiguille était également propre à extraire, et à déprimer la cataracte.

Dixième. En 1820, je visitai dans un couvent une religieuse, aveugle depuis plusieurs années, et dans l'état d'aliénation mentale, peut-être, en conséquence de sa cécité. Ayant reconnu deux bonnes cataractes, je l'opérai par le procédé ci-dessus décrit, et avec un succès doublement heureux, car elle recouvra la vue et la raison.

Dans le même pays, j'opérai avec un succès également favorable, une pauvre femme, de cinquante ans, atteinte d'une cataracte aux deux yeux, depuis quinze années; c'est ce que m'a appris, par correspondance, le chirurgien Nini, à qui j'avais confié le soin de cette malade.

Presque toutes ces opérations ont été pratiquées en présence de savans professeurs, médecins et chirurgiens, et d'autres personnes intelligentes et respectables.

Quoique l'aiguille droite et l'aiguille courbe soient aujourd'hui indifféremment adoptées par les praticiens les plus renommés, et que moi-même j'en aie fait usage dans plusieurs cas, y étant déterminé par les dispositions particulières des individus que j'opérais; cependant l'une et l'autre ont rencontré des opposans chez plusieurs opérateurs célèbres. On prétend, en général, qu'on doit accorder la préférence à l'aiguille du savant professeur SCARPA; cependant on lui objecte « qu'elle « présente de la difficulté pour percer les mem- « branes de l'œil, et que sa courbure empêche « qu'on ne l'introduise aisément entre le crys- « tallin et l'iris, parce qu'elle la fait pénétrer « dans le corps même de la cataracte. D'où il « arrive que la capsule reste au-devant de « l'aiguille, et que dans cette situation, si » l'on veut abaisser la cataracte, rarement « on entraîne en même temps la capsule, « parce qne le crystallin la déchire, et la laisse « à sa place. Qu'il faut donc, avant d'abaisser « la cataracte, exécuter divers mouvemens « avec l'aiguille, afin de rompre la capsule, « ce qui rend l'opération longue et difficile, et « quoique l'on porte avec attention l'aiguille « au-devant du crystallin, si l'on vient à y in-

« troduire involontairement la pointe de l'ins-
« trument, on a de la peine à l'en dégager,
« parce qu'en cherchant à l'extraire, la cata-
« racte la suit, quoiqu'on ait eu soin de faire
« un petit mouvement de rotation pour dé-
« barasser l'aiguille; comme il est mainte
« fois arrivé à des oculistes, quoiqu'ils fus-
« sent très-habitués à opérer avec cette ai-
« guille. On ajoute qu'en abaissant la cata-
« racte, on peut blesser et déchirer les
« membranes internes avec la pointe recour-
« bée, de même qu'en la tirant hors de l'œil.

« Quant à l'aiguille droite, on lui reproche
« de blesser aisément l'iris, lorsqu'on l'intro-
« duit dans l'œil au commencement de l'opé-
« ration; on dit qu'au moment où l'opéra-
« teur porte la pointe de l'aiguille d'avant en
« arrière, pour l'appuyer d'une manière fixe
« au centre antérieur de la capsule, et du
« crystallin cataracté, la pression qu'elle
« exerce sur les parties n'a lieu qu'au moyen
« de la tige de l'aiguille, et que la pointe ne
« parvient à s'engager que quand la capsule
« et le crystallin, poussés par la tige de l'ai-
« guille, ont été éloignés de la pupille, et
« portés vers le fond de l'œil; que le crys-
« tallin roule sur la tige, d'où il est bien

« difficile de l'abaisser. Lorsqu'on rencontre « des cataractes molles, on dit que la forme « de l'aiguille ne lui permet de déchirer ni la « capsule, ni les parties molles pour les faire « passer dans la chambre antérieure. »

Je ne répondrai point à ces objections, parce que je ne me propose, ni de soutenir l'usage de l'aiguille courbe, ni de combattre les propositions ci-dessus. Je dirai seulement que je ne saurais adhérer à la critique adressée à l'aiguille courbe du célèbre SCARPA, quoique j'aie constamment employé l'aiguille droite, sur plus de *deux cents* individus que j'ai opérés, et dont la plupart ont recouvré la vue; j'avoue qu'après une opération momentanément heureuse, quelques-uns l'ont ensuite perdue de nouveau; mais ils ont été redevables de ce malheur, ou à une ophthalmie subséquente ou mal soignée, ou à ce que la cataracte est remontée, ou à la formation d'une cataracte secondaire, suite de l'opération que j'ai vu survenir plus rarement après l'usage de mon instrument.

Ce qui suit et qui appartient à la Notice du Prof. TRASMONDI, *p. 420, après ces mots,* excerce son action, *ayant été oublié, nous croyons devoir l'insérer ici.*

Personne n'ignore que toutes les explications employées jusqu'à ce jour, concernant l'action qui fait que les larmes sont absorbées par les points lacrymaux, sont portées dans les conduits, et sont versées ensuite dans le sac, ont peu satisfait les physiologistes, et se sont offertes sous un aspect douteux. Mais l'existence du muscle *lacrymal* démontre comment les conduits lacrymaux, recouverts de fibres motrices, peuvent s'allonger et tourner leur extrémité vers le sac lacrymal, pour y absorber les larmes, se dilater pour les recevoir, se raccourcir, et se contracter ou resserrer successivement pour leur faire parcourir leur étroite cavité, et enfin s'élever de manière à ce que les larmes passent dans le sac lacrymal, d'où elles sont poussées dans le canal nasal par le corps même du muscle situé, comme nous l'avons vu, sur la partie supérieure du sac. L'orbiculaire des paupières, au moyen de quelques-unes de

ses fibres et de son tendon réfléchi, recouvre la partie du sac lacrymal qui ne se trouve pas sous l'empire du muscle lacrymal; mais il n'aurait pas pu produire le passage des larmes, sans que l'individu eut fermé à tout instant les paupières; et d'après sa direction circulaire, il n'aurait pas pu fournir des fibres aux conduits lacrymaux, qui avaient besoin d'être sous l'action d'un muscle qui traversât précisément l'orbiculaire des paupières, afin que celles-ci pussent librement exercer leurs fonctions. Il n'est pas douteux que, lorsque les larmes surabondent, l'orbiculaire n'en facilite le transport dans le conduit nasal; mais chacun sait qu'il faut alors fermer les paupières avec une certaine force. On sait aussi que, lorsque la paupière supérieure s'élève, le conduit lacrymal supérieur prend la position convenable pour faire passer les larmes dans le sac lacrymal. Mais cette élévation ne favorise point l'action du conduit lacrymal inférieur, et d'ailleurs elle serait devenue incommode, si elle avait dû s'exécuter à chaque instant.

Les larmes étant continuellement sécrétées par la glande lacrymale, soit pendant la veille, soit pendant le sommeil, devaient être continuellement absorbées.

C'est ce but que, par un mécanisme admirable, parait remplir ce muscle, qui, en agissant indépendamment des muscles des paupières, supplée à l'incommodité de les ouvrir et de les fermer continuellement, et qui, ayant en lui-même la faculté d'une action durable, absorbe les larmes, et leur ouvre un passage, soit que l'homme veille, soit qu'il dorme. Il faut donc le considérer comme libre et indépendant de notre volonté, sans que nous puissions en suspendre, diminuer, ou accélérer la fonction.



EXPLICATION DES FIGURES.

Planche I.

Fig. 1 à 3. Le dilatateur de l'œsophage du professeur Vacca.

Fig. 1. Le stilet à ressort vu de face, et hors de sa canule.

Fig. 2. La canule, contenant le stilet sorti par la fente latérale, vue de face.

Fig. 3. La même, vue de côté.

Fig. 4. La pince d'A. Cooper, pour extraire les petits calculs (v. p. 226), sans manche.

Fig. 5. La même avec le manche.

Fig. 6. Diamètres et formes de quelques-uns des calculs extraits avec cette pince.

Fig. 7. L'un des trente-six calculs dont parle M. Mayor, p. 204.

Planche II.

Fig. 1. L'instrument du professeur Giorgi, vu de profil (v. p. 458).

Fig. 2. Le même, vu de face.

Fig. 3. Les pièces qui le composent.

et *Fig.* I. *a, a.* La lame fixe, de face et de profil.

b. La lame mobile.

c. Le ressort courbe antérieur.

d. Le contre-ressort courbe.

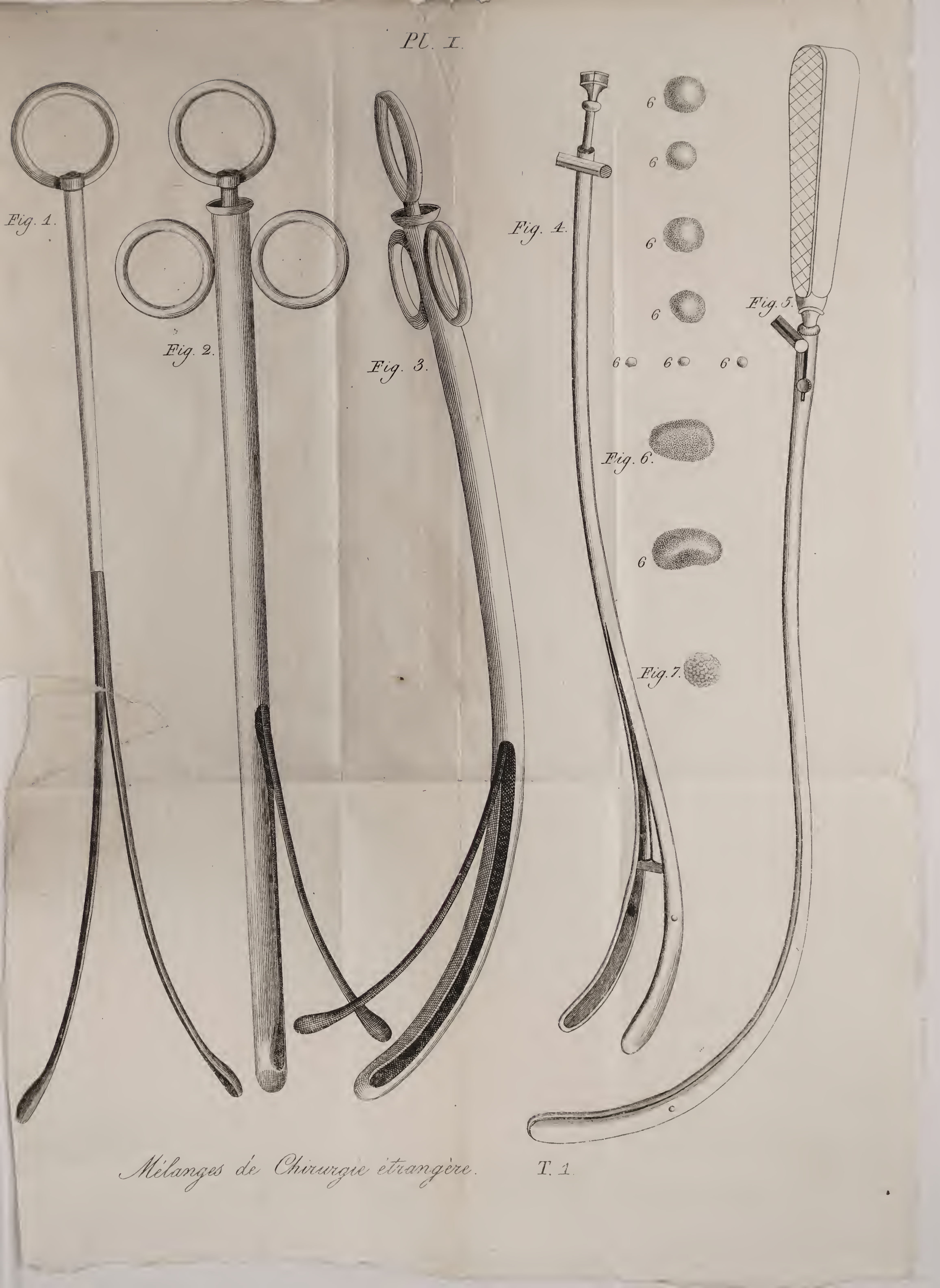
e. Le ressort droit.

Fig. IV. Le dilatateur de l'urètre pour les femmes, d'Astley Cooper, (v. p. 229).

Fig. V et VI. Parties intérieures du dilatateur.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.


Pl. I.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
6
6
6
6
6
6
6
Fig. 6.
6
Fig. 7.
Mélanges de Chirurgie étrangère.
T. 1.

